（様式２）

受付番号

社会福祉法人菊池市社会福祉協議会

　 会長　　木村　利昭　様

**令和７年度 菊池市社会福祉協議会 介護職員初任者研修 受講申込書**

記入日：令和 ７年 　 月　　日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ﾌﾘｶﾞﾅ氏　名 |  | 性別 | 男 ・ 女 | 生年月日 | 昭和 ・ 平成年　　月　　日（　　　）歳 |
| ㊞  |
| 住　所 | 〒　　　　　　　　　　　　　 |
| 連絡先 | 自宅　　　（　　　　）　　　－　　　　　　　　携帯電話　　　　　　－　　　－　　　　　　　　 |
| 介護業務の経験等 | １　現在勤務中　　　勤務先　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　）職種　　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　　　　　　　　　勤務年数　（　　　　年　　　ヶ月）２　過去に経験あり　職種　　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　　　　　　　　　勤務年数 （　　　　年　　　ヶ月）　　　　　　　　　　辞めてから（　　　　年　　　ヶ月）３　なし |
| 介護･医療･福祉関係の資格 | ・　　　　　　　　　　　　 　　　　（取得年月：　　　　　　　　　）* （取得年月：　　　　　　　　　）
* （取得年月：　　　　　　　　　）
 |

【留意事項】

・応募者が５名以下の場合、中止になることがあります。ご了承ください。

・開講が決まったら、８月29日（金）までに受講者に郵便で研修詳細や準備物等について通知します。