

社会福祉法人 鹿野福祉会 「やまなみ荘実務者研修」受講申込書

申 込 日	令和 年 月 日		
フリガナ			性別
氏 名			男・女・明示しない
生 年 月 日	昭和・平成 年 月 日 (歳)		
住 所	〒 ☎ (自宅) ☎ (携帯)		
緊急連絡先	☎ (続柄)		
連絡先名称			
勤務先所在地	〒 ☎		
経 験 年 数	有 ・ 無	年 月	
保 有 資 格	資格をお持ちの方は、資格証のコピーを本紙と一緒に提出下さい <input type="checkbox"/> 介護職員初任者研修 <input type="checkbox"/> ヘルパー1級 <input type="checkbox"/> ヘルパー2級 <input type="checkbox"/> 介護職員基礎研修 <input type="checkbox"/> 認知症介護実践者研修 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引等研修		
国家試験受験予定	令和 年 月 予定		
受講料領収書名 (本人以外の場合)	受講料の領収書が事業所名等で必要な場合は、こちらに、領収書の宛名をご記入下さい		
本人確認書類	本人確認のため、いずれか1つを申込時にご提示下さい。郵送の場合はコピーを添付して下さい <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 戸籍謄本、戸籍抄本もしくは住民票 <input type="checkbox"/> 住民基本台帳カード		
特 記 事 項	研修があるという事を「何で知ったか」をご記入下さい <input type="checkbox"/> チラシ・ポスター <input type="checkbox"/> 勤務先で <input type="checkbox"/> ホームページで <input type="checkbox"/> 知人・親戚等で <input type="checkbox"/> 同業者から <input type="checkbox"/> インターネット関連で		

※今回提供頂きましたデータは個人情報ですので、この事業以外に使用致しません。

※修了証書に「氏名」「生年月日」が記載されますので、正確に記入して下さい。

事務局記入欄

受付番号	受 付 日	受付者	受講決定
	令和 年 月 日		可 ・ 否

※郵送で受講申込される場合には、下記の担当宛にこの「受講申込書」をご送付ください。

※なお、本人確認書類等のコピーも添付して下さい。

※後日、受講決定(可・否)の連絡を致します。

【郵送先】

〒745-0302 山口県周南市大字鹿野上2755番地の1

特別養護老人ホーム やまなみ荘 実務者研修係

TEL : 0834-68-4100 FAX : 0834-68-4101