

公益財団法人武蔵野市福祉公社 介護職員初任者研修申込書
(一 般 用)

公益財団法人武蔵野市福祉公社 理事長 殿

介護職員初任者研修を受講したいので、下記のとおり申し込みます。

氏 名	(フリガナ)			女 ・ 男
住 所	〒 ー			
生年月日	昭和・平成 年 月 日		満 歳	
電話番号				
メールアドレス				
現在の就労状況 □ なし	職 業			
	勤務先 * 任意			
	勤務日数：月に 日程度			
福祉分野での 業務経験	なし ・ あり 【業務内容： ー】			

確認事項 * 以下をご確認の上、チェックを付けてください

チェック欄
↓

・カリキュラム表に記載の全日程に必ずご出席ください。
(10分以上の遅刻は欠席となりますのでご注意ください)

☐

・本研修では自宅学習(課題レポート)があります。
課題レポートは各締切日までに提出ください。

☐

▶ 別紙「受講希望理由レポート」と合わせてお申込みください

事務局記入欄			受付者 (ー)	
受付日		本人確認	☐ 保険証 ☐ 運転免許証 ☐ パスポート ☐ その他 (ー)	