

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
(事業所従事者用)

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				
勤務状況	事業所名			
	事業所住所			
	職種：		勤務日数：月に 日程度	
事業所管理者氏名				
申込者の育成計画 (管理者記入)				

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 各締切日までにご提出ください 。		☐

▶ 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 ()		
受付日		本人確認	☐ 保険証 ☐ 運転免許証 ☐ パスポート ☐ その他 ()		