

社会福祉法人けやき福祉会

平成27年度 第1回 介護職員初任者研修 受講申込書

申込日 平成 年 月 日

| | |
|------|--|
| ふりがな | |
| 氏名 | |
| 生年月日 | 昭和・平成 年 月 日 (歳) |
| 性別 | 男・女 |
| 住所 | (〒 -) TEL (- -) 携帯 (- -) |
| 勤務先 | 名称: |
| | (〒 -) TEL (- -) |
| 本人確認 | 住民票・住民基本台帳カード・健康保険証・運転免許証・パスポート 在留カード(在日外国人の方)・その他() |

※ 本人確認を行いますので、上記の本人確認で指定の(運転免許証、パスポート、健康保険証など)をご持参下さい。

※ ご記入いただいた個人情報は、当研修以外の目的には使用いたしません。