

社会福祉法人 仁成福祉協会  
介護職員初任者研修受講申込書  
(令和 年 月開始コース)

顔写真貼付  
縦：30mm  
横：25mm  
プリンター出力写真可

記入にあたって

- ・未成年者は保護者の同意が必要です。保護者の署名捺印を記入して下さい。
- ・この申込書と一緒に運転免許証の写し又は住民票を提出して下さい。
- ・訪問介護員3級課程を修了されている方は、受講科目の免除(18時間)を受けれます。修了証の写しを申込書と一緒に提出して下さい。

ふりがな			生 年 月 日	
氏 名	(印)		(	歳)
保護者氏名	*未成年者は保護者の同意が必要です。署名捺印をお願いします。 (印)		1	1 続柄 ( )
住 所	〒			
電 話 番 号 (自宅・携帯)	自宅	携帯番号		
職 業				
勤 務 先 (名称・TEL)			TEL	
科目免除希望	希望します ・ 希望しない		希望する方は、訪問介護員3級 修了証の写しを添付して下さい	
応募動機				

\*この申込書に記入される個人情報については当研修以外には使用しません。

社会福祉法人 仁成福祉協会  
 介護職員初任者研修受講申込書  
 (令和 年 月開始コース)

顔写真貼付  
 縦：30mm  
 横：25mm  
 プリンター出力写真可

記入にあたって

- ・未成年者は保護者の同意が必要です。保護者の署名捺印を記入して下さい。
- ・この申込書と一緒に運転免許証の写し又は住民票を提出して下さい。
- ・訪問介護員3級課程を修了されている方は、受講科目の免除(18時間)を受けれます。修了証の写しを申込書と一緒に提出して下さい。

ふりがな	にいがた たろう		生 年 月 日	昭和××年××月××日
氏 名	新潟太郎 (印)			( ×× 歳)
保護者氏名	*未成年者は保護者の同意が必要です。署名捺印をお願いします。 <div style="text-align: center;">(印) 1 1 続柄 ( )</div>			
住 所	〒 950-1136 新潟市江南区曾川甲1333-1			
電話番号 (自宅・携帯)	自宅 ×××-×××-××××	携帯番号 ×××-××××-××××		
職 業	会社員			
勤務先 (名称・TEL)	(株)〇〇〇〇	TEL ×××-×××-××××		
科目免除希望	希望します ・ <u>希望しない</u> 希望する方は、訪問介護員3級修了証の写しを添付して下さい			
応募動機	応募の動機を記入してください。			

\*この申込書に記入される個人情報については当研修以外には使用しません。