

※受講申込書は愛日荘園までご持参またはご郵送下さい。

令和 年 月 日

愛日荘園 介護職員初任者研修(第5期) 受講申込書

社会福祉法人篤仁会 理事長 岩崎 芳子 殿

氏名	フリガナ	(生年月日)	男・女
		昭和 年 月 日 平成 (歳)	
住所	〒		
	(携帯)	(電話)	
職業	1. 学生(学校名) 2. 主婦 3. 会社員・団体職員等 4. 自営業 5. パート 6. 介護従事者 7. その他() 8. 無職		
保護者名	(受講者が未成年の場合ご記入ください)		
	住所	氏名 印	
志望動機			

早期就職希望の有無	有り ・ 無し	*該当する項目に印をつけて下さい。
-----------	---------	-------------------

担当者印	受付年月日

尚、直接持参する場合は、事前にTEL024-588-1120までご連絡のうえ、お越し下さい。

*平日のみ受付といたしますが、都合がつかない場合は事前にご連絡いただければ土日祝日も可。

申込締切日：令和5年10月2日（月）