

平成31年度和寿園介護職員初任者研修申込書

顔写真添付
縦：30mm
横：25mm

受講者 氏名	ふりがな		生年月日	
	(印)	S H	.	. 歳)
住所	〒			
電話番号	自宅		携帯	
勤務先 (学校)			業種 (学科)	
研修申込 の動機				
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: right;">(印) 続柄 ()</div>			

☆お申し込みは、本書に必要事項を記入し、下記に記載の本人確認できるもののコピーと一緒に持参又は郵送に
てお願いします。

*本人確認できるもの（運転免許証、パスポート、健康保険証等）

*申込者の個人情報、本研修に関する事務手続き以外で使用することはありません。

《申込み・問い合わせ先》

〒669-2727 兵庫県篠山市高屋24番地 社会福祉法人 和寿園 （担当：伊藤）

TEL079-593-0069（代） FAX079-593-0070

和寿園記入欄

受付番号		受付日	年 月 日	受付者	
------	--	-----	-------	-----	--