キャリアサポートちどり
介護職員初任者研修　受講申込書

社会福祉法人　晋栄福祉会
濵田　和則　殿

私は表記講座へ必要書類を添付し、申し込みます。

写真を貼って
ください

縦26～40mm
横24～30mm

・本人単身胸から上
・裏面のりづけ

ふりがな		印
氏　名		

性　別	男　・　女	生年月日	昭和・平成	年	月	日（	歳）
住　所	〒						
自宅電話		携帯電話					
ふりがな			印				
保護者 氏　名							
携帯電話		緊急連絡先					
資格・免許		昭和	・	平成	年	月	日取得
		昭和	・	平成	年	月	日取得
		昭和	・	平成	年	月	日取得
		昭和	・	平成	年	月	日取得
		昭和	・	平成	年	月	日取得
最終学歴		昭和	・	平成	年	月	日卒業
受講希望理由							

※受講生の方が１８歳未満の方の場合は保護者の署名、捺印が必要となります。

※下記、本人確認書類を添えてお申込みください。
運転免許証コピー・健康保険証コピー・戸籍謄本、戸籍抄本または住民票・年金手帳コピー
住民基本台帳カードコピー・パスポートコピー（有効期限内のもの）・在留カードコピー

事務局使用欄

受付NO	受付日	受付者	受講可否	入金日	備考

理事長	施設長	副施設長	担当	担当	担当