

【申込様式】

No. _____

平成 年 月 日

社会福祉法人松阪市社会福祉協議会

在宅福祉サービス課 宛

『平成 29 年度 介護職員初任者研修』 受講申込書

ふりがな 氏 名		性 別	男 ・ 女
生年月日	昭和 ・ 平成 年 月 日 (歳)		
受講決定通知書等 送付先住所	〒		
連絡先	()		
緊急連絡先	()		
受講希望動機			
会場までの移動手段	自家用車 ・ 公共交通機関を利用 ・ その他 ()		
介護の経験について	あり ・ なし		
介護経験の期間について	() 年 ・ () ヶ月		
現在の就労について	在職中 ・ なし		

◎ 申込者の個人情報（氏名、住所、電話番号等）は、当研修のみで使用させていただきます。

【申込み先】 社会福祉法人松阪市社会福祉協議会 在宅福祉サービス課 担当 西村
〒515-2323 松阪市嬉野権現前町 423 番地 9 嬉野社会福祉センター内
Tel 0598-48-2600 Fax 0598-42-3794 <http://matsusakawel.com/>