平成29年度第2回

受 付 日	受付番号	受講者番号
※	※	※

※記入しないでください

台東区社会福祉事業団

介護職員初任者研修　受講申込書

□ 在 住　　□ 在 勤　　□その他					
フリガナ		性 別	男 ・ 女	年齢	才
氏　　名		生年月日	年　　月　　日		
住　　所	〒				
電　　話		昼間の連絡先	TEL		
勤 務 先			本人確認書類 免許証・保険証・他	確認 ・コピー	
応募理由（具体的に）					
これまでの活動歴・介護経験					
◎研修修了後の予定 介護職として、　１．現在活動中であり、引き続き活動していく。 ２．終了後の活動先が決まっている。 ３．活動したい。 ４．その他（　　）					
その他					

※太枠内をすべて記入してください。