

令和3年度 介護職員初任者研修（通学） 受講申込書

第1回（5月20日～7月12日）

令和3年 月 日

ふりがな		生年月日 昭和・平成 年 月 日（ ）歳	
氏 名		職 業	
住 所	〒 -	※日中連絡可能な番号をご記入ください	
		電話番号	（ ） -
		携帯電話番号	（ ） -
所属先の名称 及び所在地 （連絡が可能な 方はご記入く ださい）	電話（ ） -	職場への 連絡	可 ・ 不可
受講希望理由 （具体的にご記 入ください）			
資格取得後の 就労希望先	1. 訪問介護事業所 2. 特別養護老人ホーム 3. 通所介護事業所 4. その他（ ） 5. まだ決まっていない		
この研修を お知りになっ たきっかけ	1. 区のお知らせ 2. 研修センターホームページ 3. 図書館・まちづくりセンター 4. 事業団広報紙（パートナー） 5. 知人の紹介 6. その他（ ）		
特記事項			

世田谷区福祉人材育成・研修センター 事務局 あて

***先着順。定員を超えた日の同日受付分は抽選となります。**

この申込書は受講の可否にかかわらず、返却はいたしません。受講できなかった場合には、こちらで破棄させていただきます。

記載されている個人情報は、研修に関する目的以外に使用いたしません。