

令和7年度 介護職員初任者研修（後期） 申込書

修了した際の証明に必要な情報ですので、**読みやすい字で丁寧に正確**にご記入ください。

フリガナ 氏名			生年 月日	S H 年 月 日生 (歳)	
住所	(〒 -)		連絡先 Tel 番号	☎（携帯） FAX E-mail	
医療介護 の経験	職種	経験年数	取得 資格	取得資格名	取得年月
		年			年 月
		年			年 月
		年			年 月
		年			年 月
		年			年 月
現在の職業			勤務先		

令和7年度介護職員初任者研修（後期日程）の受講を申し込みます。

令和7年 月 日

氏名

郵送先： 〒399-6461

長野県塩尻市宗賀1298-92

社会福祉法人平成会 介護職員初任者研修係 （担当：山谷）

FAX： (0263) 53-5828

※事務欄		
受講料入金確認	入金日： 令和 年 月 日	金額： 円
本人確認	済（ ） 未	確認日： 月 日