

# 令和元年度 介護職員初任者研修申込用紙

下記、必要事項をご記入のうえ6月26日（水）までに、**糸魚川市社会福祉協議会**へご持参  
いただくか、ご郵送でお送り下さい。（申込み時に身分証の確認が必要です。）

☆マークは記入必須です

申込日：
------

☆氏名 <small>ふりがな</small>	☆生年月日	年 月 日生
☆連絡先	住所（〒 - ）	
	電話番号	
	携帯電話	
保有資格		
☆受講動機		
☆就業希望	ある（ ）、ない	
ボランティア活動のご経験	ある（ ）、ない	
質問、ご要望		

## 申込用紙送付先

社会福祉法人糸魚川市社会福祉協議会

〒941-0058 糸魚川市寺町4丁目3番1号

TEL：025-552-7700 FAX：025-553-1657

担当者：研修事務局 米原