

国立市社会福祉協議会 介護職員初任者研修 受講申込書

下記のとおり国立市社会福祉協議会介護職員初任者研修の受講を申し込みます。

令和 7 年 月 日

フリガナ		
氏名		
生年月日	昭和・平成 年 月 日 ( 歳)	
ご住所	(〒 - ) 都 道 市 区 府 県 町 村	
電話番号	携帯電話	ご自宅等
Eメール ※連絡事項等を メールにてお送りす ることがあります。		
緊急連絡先 (ご家族様等)	電話番号	連絡先氏名
ご所属先 (現在お仕事を されている方)	(〒 - ) 都 道 市 区 府 県 町 村	
	ご所属先名称	
留意事項が ありましたら ご記入ください		

【個人情報の取扱いについて】

ご記入いただいた内容は、講座の受講に係る業務以外の目的には利用いたしません。

ご記入いただいた情報は一定期間保存し、保存期間終了後は廃棄します。また、保存期間内であっても、不要となった場合にはすみやかに廃棄します。

【申込上のご注意】

申込用紙に必要事項を記入の上、本人確認書類（**運転免許証、健康保険証、住民票、マイナンバーカード、パスポート、在留カードなど**）をご持参の上、期日までにお申込みください。

**申込期限 9/5 (金)**

職員確認欄	(本人確認書類) 運転免許証 ・ 健康保険証 ・ 住民票 ・ マイナンバーカード ・ パスポート ・ 在留カード (備 考)
	担当者