２０１８年度 医療法人 達生堂 城西病院
介護職員初任者研修　受講申込書

写真貼布
直近3ヶ月以内に撮影したもの 24mm x 30mm

２０１８年度 介護職員初任者研修の受講を申し込みます。

（フリガナ） 氏　　名	 ㊞	生年月日 （西　暦）	年　　月　　日 （満　　歳）
住　　所	〒	自宅電話	
		携帯電話	

最終学歴 （西　暦）	年　　月　　日	卒 業
	年　　月　　日	卒 業
介護職種 経験有無	☐ 有（従事期間　　年間）	☐ 現在 介護業務従事中　☐ 過去 介護業務従事
	☐ 無	
ご勤務先 学　校	※ ご勤務先・学校に連絡することはございません。	
志望動機		
父　兄 同意書	★ 受講者が１８歳未満の場合は、父兄の同意をお願いします。 貴院実施の介護職員初任者研修の受講に同意します。　　平成３０年　　月　　日 （氏　名）　　㊞　　（続　柄）	

★ 受講申込者が、定員（２０名）を超えた場合は、書類審査（申込書記載内容）にて決定させて頂きます。

★ 下記の欄は、事務局記載用です。ご記入しないでください。

＜ 事 務 局 記 載 欄 ＞

本人確認	☐ 運転免許証　☐ パスポート　☐ その他（　　）

責任者	受付者