

送付状は不要です、直接この用紙をFAX、郵送、もしくは持参してください。

ケアポートよしだ 行き  
FAX番号 (0854) 75-0456

## 令和2年度 ケアポートよしだ 介護職員初任者研修 申込書

申込日	令和 2年	月	日
ふりがな 氏名		性別	男・女
生年月日	昭和・平成	年	月 日生
現住所	〒		
電話番号			
FAX番号			
連絡先	〒 (現住所以外に連絡を希望する場合のみ記入)		
連絡先 電話番号	(日中の連絡先を記入)		

研修テキストについて、希望する番号に○印をしてください。

- |               |                     |
|---------------|---------------------|
| 1. 研修テキスト(標準) | 2. 研修テキスト(全文ふりがな付き) |
|---------------|---------------------|

\*現在の状況について、該当する番号に○印をしてください。

1. 現在、雲南圏域の介護保険事業所に勤務している。(事業所名称: )
2. 雲南圏域(1市2町)に住所がある。
3. 上記以外で資格修得を希望。

\*この申込書に記入いただいた個人情報は、本研修以外の目的には使用しません。

お問合せ先 郵送先 〒690-2313 雲南市吉田町深野84-6  
ケアポートよしだ 介護職員初任者研修 (担当:藤原、伊藤)  
電話 0854-75-0346 FAX 0854-75-0456