

大村市社会福祉協議会 行

FAX 0957-54-1365

介護職員初任者研修申込書

ふりがな	
氏 名	
生年月日	昭和 ・ 平成 年 月 日 (歳)
住 所	〒
電話番号	(自宅) (携帯)
メールアドレス	
職業・勤務先	
本人確認	※開講日にいずれか一つをご持参ください。 運転免許証・健康保険証・年金手帳・在留カード等・マイナンバーカード・パスポート・戸籍謄本もしくは住民票・国家資格等の免許証、登録証
本研修を知ったきっかけ	☐ 広報おおむら ☐ 大村市 SNS ☐ 大村市社会福祉協議会ホームページ ☐ 社協広報紙かけはし ☐ 広告情報紙マンボウ ☐ 社会福祉協議会 SNS ☐ その他 ()
備 考	

※本研修申込に際し提出いただいた個人情報厳正に管理し、本研修以外に使用しません。

※大村市社会福祉協議会のホームページから Web 申込できます。

【お問合せ・申込先】

〒856-0832 大村市本町458番地2 プラットおおむら3階

社会福祉法人 大村市社会福祉協議会

TEL 0957-53-1351 FAX 0957-54-1365