

令和6年度 ケアポートよしだ 実務者研修 申込書

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

申込日	令和 6 年 月 日		
ふりがな			性別 男 ・ 女
氏 名			
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 課題送付先	〒 (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)	
	E-mail		

*研修区分について、該当するところに○印をしてください。


初任者研修修了 ・ 訪問介護員2級修了 ・ それ以外

*初任者研修・訪問介護員2級修了者は、申込書に合わせて、修了書のコピーを送付してください。

*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。

お問い合わせ先、郵送先	〒690-2313 雲南市吉田町深野 84-6
	ケアポートよしだ 研修センター (担当：藤原、伊藤)
	電話 0854-75-0346 FAX 0854-75-0456