

令和7年度 高浜町介護職員初任者研修 受講申込書

申込日	令和 7 年 月 日
ふりがな	
氏 名	
住 所	〒
生年月日	昭和 ・ 平成 年 月 日生 （ 歳）
受講理由 該当する項目に☑してください	☐ 家族の介護に活かしたい
	☐ 町内介護保険事業所等での就職を希望している ・ 就職希望時期 ： 令和 年 月頃 ・ 事業所の紹介希望の有無 ： 希望する ・ 希望しない
	☐ 既に町内介護保険事業所等で働いている（事業所名： ）
	☐ その他
連絡先	※午前9時～午後5時 に連絡可能な電話番号を記入ください。

※ 申込にあたり、研修業務委託先(有)グッとサポート)への上記個人情報の提供について、予めご了承ください。

※ 申込が定員（15名）を超えた場合は、介護保険事業所等に就職希望の方を優先に受講の決定をします。

※ 受講者決定後、受講内容等の詳細について、案内文書を送付します。

【提出先】 高浜町保健福祉課 福祉グループ 介護保険係
 （提出時に本人確認書類(運転免許証など)をご持参ください）

【提出期限】 令和7年7月31日(木) 17時必着

【町記入欄】

本人確認	・ 運転免許証 ・ ()
受付番号	

【お問合せ先】

高浜町保健福祉課 福祉グループ 介護保険係
 高浜町和田117-68 高浜町保健福祉センター内
 電話 ： 0770-72-5887
 FAX ： 0770-72-6109

令和7年度 高浜町介護職員初任者研修 受講申込書

申込日	令和 7 年 6 月 2 日
ふりがな	たかはま いちろう
氏 名	高 浜 一 郎
住 所	〒 919-2201 高浜町和田117-68
生年月日	昭和・平成 2 年 3 月 4 日生 (35 歳)
受講理由 該当する 項目に ☑して ください	☐ 家族の介護に活かしたい
	☒ 町内介護保険事業所等での就職を希望している ・ 就職希望時期 : 令和 8 年 4 月頃 ・ 事業所の紹介希望の有無 : 希望する ・ 希望しない
	☐ 既に町内介護保険事業所等で働いている (事業所名:)
	☐ その他
連絡先	※午前9時～午後5時 に連絡可能な電話番号を記入ください。 090-1234-5678

※ 申込にあたり、研修業務委託先(㈲グッとサポート)への上記個人情報の提供について、予めご了承願います。

※ 申込が定員(15名)を超えた場合は、介護保険事業所等に就職希望の方を優先に受講の決定をします。

※ 受講者決定後、受講内容等の詳細について、案内文書を送付します。

【提出先】 高浜町保健福祉課 福祉グループ 介護保険係
(提出時に本人確認書類(運転免許証など)をご持参ください)

【提出期限】 令和7年7月31日(木) 17時必着

【町記入欄】

本人確認	・ 運転免許証 ・ ()
受付番号	

【お問合せ先】

高浜町保健福祉課 福祉グループ 介護保険係
高浜町和田117-68 高浜町保健福祉センター内
電話 : 0770-72-5887
FAX : 0770-72-6109