

令和6年度 高浜町介護職員初任者研修 受講申込書

申込日	令和 6 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	<input type="checkbox"/> 家族の介護に活かしたい
	<input type="checkbox"/> 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
	<input type="checkbox"/> 既に町内介護保険事業所等で働いている（事業所名： ）
	<input type="checkbox"/> 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6年7月31日(水) 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
--