



長野県登録研修機関

平成会研修センター

## 令和6年度 介護職員初任者研修（前期） 申込書

フリガナ 氏名			生年 月日	S H 年 月 日生 ( 歳)	
住所	(〒 - )		連絡先 Tel 番号	☎ (携帯) FAX E-mail	
医療介護 の経験	職種	経験年数	取得 資格	取得資格名	取得年月
		年			年 月
		年			年 月
		年			年 月
		年			年 月
		年			年 月
現在の職業			勤務先（施設名称）		

※枠内の事項を全て、読み取れるように丁寧に記入ください。

介護職員初任者研修の受講を申し込みます。

令和6年 月 日

氏名 \_\_\_\_\_

郵送先： 〒399-6461

長野県塩尻市宗賀1298-92

社会福祉法人平成会 介護職員初任者研修係（担当：山谷）

FAX： (0263) 53-5828

※事務欄		
受講料入金確認	入金日： 令和6年 月 日	金額： 円
本人確認	済 ( ) 未	確認日： 月 日