

下記にご記入の上、この面を FAX でお送りください。

FAX:052-721-0244

## 介護職員初任者研修 受講申込書

私は、下記のとおり介護職員初任者研修の受講を申し込みます。

フリガナ				申込日		
お名前				年	月	日
生年月日	年	月	日 ( 歳)	性別	男 ・ 女 ・ 回答無し	
フリガナ						
住所	〒					
連絡先	自宅/携帯					
	e-mail					
緊急 連絡先	住所	〒				
	氏名					
	電話番号		続柄			
勤務先/学校名						
個人情報の取り扱いについて：ご提供いただいた個人情報は、研修の申込み管理やご連絡のために使用し、適切に管理いたします。法令に基づく場合を除き、第三者に提供することはありません。						

※研修初日に写真付き本人確認書類の提示をお願いしております。ご持参お願いいたします。

### 【お問合せ】

愛知商工連盟協同組合 担当:介護 SECTION 神林 (受付時間:平日9:00~18:00)

TEL: 052-719-0190

mail: [m-kambayashi@aishoren.or.jp](mailto:m-kambayashi@aishoren.or.jp)