介護職員初任者研修受講申込書

※受付番号		申込年月日	年　　月　　日
※本人確認	□運転免許証　□保険証　□住民票		
フリガナ		生年月日	年　　月　　日
氏　名			
職業 勤務先		年齢	歳
自宅住所	〒　　－	連絡先	自宅
資格 免許			携帯
通学手段 ○で囲む	自家用車・バス・JR・自転車・徒歩・その他（　　）		

受講に当たって、応募の動機、講座に関しての希望などあればご記入ください。

（注）※印欄は記入の必要はありません

労協センター事業団　日田地域福祉事業所
虹　の　家
〒877－0071　日田市玉川3丁目1479－3
tel　0973－25－5011
fax　0973－25－5012