

重度訪問介護従事者養成研修申込書

NPO 法人 ALS かごしまサポートセンター

理事長 里中 利恵 様

私は、重度訪問介護従事者養成研修（ 基礎・追加 統合 ）に申し込みます。

令和 年 月 日

ふりがな		性別	生年月日
氏名		男 女	年 月 日 (歳)
住所	〒 — 自宅 TEL () — 携帯 () —		
連絡先	自宅 携帯 勤務先 その他 ()		
緊急連絡先	氏名 連絡先 () —		
医療・介護系 資格			
現在の職名			
受講理由	<input type="checkbox"/> 仕事に就きたい <input type="checkbox"/> 家族の介護のため <input type="checkbox"/> 資格取得のため <input type="checkbox"/> 自己研さん <input type="checkbox"/> その他		
所属事業所	法人名 () 事業所名 () 事業所の所在地 () 事業所の電話番号 () 事業所の FAX 番号 ()		
備考	*上記以外で、研修中伝えたいことがありましたらご記入ください		

*今回記載していただいた個人情報は当法人にて厳重に管理し、当事業の目的以外では使用しません。