



FAX 0854-27-7116

(安来市社会福祉法人連絡会事務局) 行き

令和3年度 介護の入門的研修 参加申込書

申込日 令和 年 月 日

氏 名	フリガナ	性別	男 ・ 女
生年月日	昭和 ・ 平成 年 月 日 (歳)		
自宅住所	〒		
電話番号	(自宅)	—	—
	(携帯)	—	—

在職状況	無職 ・ 在職中(福祉職場以外) ・ 在職中(福祉職場)
------	------------------------------

★在職中の方は勤務先をご記入ください。

勤 務 先	()
(勤務先住所)	
電話番号	— —

申し込みの動機	
---------	--

○ お申し込みは、本書に記入のうえ、安来市社会福祉法人連絡会事務局（安来市社会福祉協議会内）へFAXいただくか、郵送又は直接ご持参ください。【申込締切2月8日（火）】※必着

※郵送される場合は控えを取っておかれることをお勧めします。

※申込者が20名を超えた場合は、抽選により受講者を決定します。

※受講の可否については、申込締切後10日以内にお知らせします。

※申込者の個人情報、本事業に係る事務手続き等を行う目的で使用し、他の目的で使用することはありません。また、無断で第三者に提供することはありません。