

秋田県介護職員等によるたん吸引等研修
第三号研修(特定の者対象)受講申込書

受付日		受付番号		受講番号	
-----	--	------	--	------	--

申込日 年 月 日

社会福祉法人秋田県社会福祉協議会
会長

(受講を申し込む施設・事業所等)

施設・事業所等の長

㊟

受講申込者 (優先順位:) ※ () 内に優先順位を記入してください。

ふりがな			男・女
受講者氏名			
生年月日	昭和・平成 年 月 日 (歳)		
現在の勤務先	法人名	事業所名	
	〒 -		
	TEL :		FAX :
資格種	・介護福祉士 有・無 ・介護職員初任者研修(ヘルパー2級) 有・無 ・介護職員実務者研修(ヘルパー1級・介護職員基礎研修) 有・無		
経験年数	介護職として 年 月 ※ない場合は 0年0ヶ月とご記入ください。		

提出書類一覧 ※提出する書類の☑欄にチェックをいれてください。

☑	書類名	様式	備考
	受講申込書 ※本紙	特定様式 1	
	利用者情報	特定様式 3	最大3名まで 利用者がいない場合は不要
	受講者の資格証明書	写し	A4判に縮小したもの
	封筒 2通	◇長形3号(120mm×235mm) ◇事業所名・住所・受講者名を明記 ◇84円切手貼付	受講決定通知用 筆記試験合否通知用

※虚偽の申請、申込を行った場合、受講を取り消すことがあります。御記入いただきました内容は、秋田県介護職員等によるたん吸引等研修第三号研修(特定の者対象)事業に関する業務に使用させていただきます。提出された文書に関しては返却できませんので、予めご了承ください。