

FAX : 042 - 500 - 1632

介護職員初任者研修（通信）受講申込書

フリガナ				申込日	令和 年 月 日
氏名					
フリガナ					
住所	(〒 -)				
性別	男 ・ 女	生年月日	昭和 ・ 平成 年 月 日 (歳)		
電話番号			FAX		
E-mail	@				
介護業務 従事経験	あり ・ なし	➡ 介護業務従事経験 あり の方		現在の職業	
		過去3年間の 介護業務期間	年 か月		
東京都同胞 援護会に所属 するご家族	あり ・ なし	➡ 東京都同胞援護会に所属するご家族 あり の方			
		東京都同胞援護会 所属の施設名		ご家族の お名前	

※ 本人確認書類（運転免許証・健康保険証・パスポート等）を添付してください