

(様式2)

受付番号 \_\_\_\_\_

社会福祉法人菊池市社会福祉協議会

会長 木村 利昭 様

令和8年度 菊池市社会福祉協議会 介護職員初任者研修 受講申込書

記入日：令和 8年 月 日

フリガナ 氏名	①	性別	男・女	生年 月日	昭和・平成 年 月 日 ( ) 歳	
住所	〒					
連絡先	自宅 ( )	—	携帯電話	—	—	
介護業務 の経験等	1 現在勤務中	勤務先 ( ) 職種 ( ) 勤務年数 ( 年 ヶ月)	2 過去に経験あり	職種 ( ) 勤務年数 ( 年 ヶ月) 辞めてから ( 年 ヶ月)	3 なし	
介護・医療・ 福祉関係 の資格	・	(取得年月： )	・	(取得年月： )	・	(取得年月： )

【留意事項】

- ・応募者が5名以下の場合、中止になることがあります。ご了承ください。
- ・開講が決まったら、9月4日（金）までに受講者に郵便で研修詳細や準備物等について通知します。