

ハッピー愛ランド・ケア講座 実務者研修（通信課程）
第14・15期 受講申込書
(希望期を○で囲んでください。)

令和 年 月 日

社会福祉法人北信福祉会
理事長 上西 和子 殿

1. 受講申込者氏名	(カナ)
2. 生年月日	(歳)
3. 性別	
4. 現住所	〒 -
5. 自宅電話番号	
6. 携帯電話番号	
7. 勤務先名	
8. 勤務先部署名	
9. 勤務先住所	〒 -
10. 勤務先電話番号	
11. 介護経験年数	年 ヶ月 (令和4年3月末日現在)
12. 資格等 該当する項目 □に ✓を入れてください。 修了証のコピーを添付 してください。	<input type="checkbox"/> 介護職員初任者研修 <input type="checkbox"/> 訪問介護員養成研修2級課程 (ホームヘルパー2級) <input type="checkbox"/> 認知症実践者研修 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引等研修 <input type="checkbox"/> 無資格者

上記の者の受講を承認いたします。

施設名 : _____

役職名 : _____

所属長氏名 : _____ (公印)

ハッピー愛ランド地域交流センター内、介護人材養成
事業部までご持参ください。
お越しの際は、
事前に☎552-1775までご連絡ください。
ご連絡は平日の午前9時から午後5時までの
受付となっております。

受付担当印	受付年月日