・受付日　令和　　年　　月　　日

・受付番号　＿＿＿＿＿＿

市川町・神河町社会福祉協議会　宛

（令和４年度）市川町・神河町社協介護職員初任者研修

受 講 申 込 書

ふりがな 氏 名	㊞	性別	男　・　女
生年月日	昭和・平成 年　　月　　日	年齢	歳
住所	〒		
自宅電話番号		携帯電話番号	
受講の動機			
介護の仕事に	□ 就く予定がない □ 就く予定がある □ 既に就いている（勤務先：　　）		

※ この個人情報を当研修以外で使用することはありません

社協記入欄
