

介護職員初任者研修 受講申込書

| | | | |
|------|------------|-------|--|
| フリガナ | | 性 別 | |
| 氏 名 | Ⓜ | 男 ・ 女 | |
| 生年月日 | 年 月 日 (歳) | | |
| 現住所 | 〒 | | |
| 電話番号 | | FAX | |
| 携帯番号 | | | |

| 年月 (期間) | 最終学歴・職歴 |
|----------|---------|
| 年 月～ 年 月 | |
| 年 月～ 年 月 | |
| 年 月～ 年 月 | |
| 年 月～ 年 月 | |
| 年 月～ 年 月 | |

| 習得年月 | 免許・資格 |
|------|-------|
| | |
| | |
| | |

誓 約 書

医療法人 共和会
理事長 殿

上記申込書の記載事項は事実と相違ありません。
また、介護職員初任者研修において知り得た、利用者・家族、職員の個人情報等は受講中はもちろん受講後も第3者に漏洩しないことを誓います。

平成 年 月 日
氏 名 _____ Ⓜ