|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |
| --- |
| **介護職員初任者研修申込書****（メール・FAX用）** |

**申し込み方法****下記申込書に必要事項をご記入の上、｢社会福祉法人　東京蒼生会｣宛にファックス****またはメールでお送りください。定員になり次第締め切ります。****後日、決定通知と受講料等の支払いに関するご案内を郵送いたします。****FAX　：０４２－３９２－１７３３****メール：t-sou.kensyu@t-souseikai.or.jp**

|  |
| --- |
|  |

**介護職員初任者研修申込書****申込年月日　　　平成　　年　　月　　日**

|  |  |
| --- | --- |
| **ふりがな****氏　　名** | **（　男　・　女　）****（生年月日：　昭　・　平　　　年　　月　　日）** |
| **住　　所****（建物名）** | **〒** | **自宅電話****携帯電話** |
| **現在の状況** | **１　就労中　　　２　家事従事　　　３　学生　　　４　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）** |
| **支払い方法** | **一　括　・　分　割　（２回）** |

 |
| **＊利用者宅を訪問し、入浴、排泄等の介助を行う訪問介護員は利用者のプライバシーに深く関わる立場にあります。そのため、受講の決定を行うにあたり運転免許証等の公的証明書により、本人確認を行いますのであらかじめご了承ください。** |

* 申込書は、切り取らずこのまま送信してください。