送信先：南九州市役所　長寿介護課　介護保険係

ＦＡＸ：０９９３-５８-３７１０

介護職員初任者研修受講受付書【FAX 送信用】

FAX 送信日：令和　　年　　月　　日

※下記項目をご記入のうえ、仮登録をいたします。

受講申込は、FAX、メール、電子申請可

フリガナ		年　齢	満　　歳
氏　名			
生年月日 登録に必要	西暦〔　　〕年 昭和・平成　　年　　月　　日	職業等	
住所(書類等送付先) 登録に必要	〒　　－		
電話番号／携帯番号 登録に必要	ご自宅電話番号　　－　　－ 携帯番号　　－　　－		
メールアドレス 連絡・登録に必要	＠		
資格・終了研修等 ご記入ください	☐ 訪問介護員研修(ヘルパー)3 級修了者 ☐ 生活援助従事者研修修了 ☐ 介護保険サービス事業所で１年以上介護職として働いたことがある ☐ 介護に関する入門的研修修了者（全講座修了者） ☐ 介護関係以外の資格　※具体的にご記入ください。 〔　　〕		
勤　務　先　名 （勤務されている方）	法人名： 施設・事業所・病院等名：		

お問い合わせ先

〒８９７-０２１５　南九州市川辺町平山３２３４番地
南九州市長寿介護課介護保険係
ＴＥＬ０９９３-５６-１１１１（内線４１５６）
ＦＡＸ０９９３-５８-３７１０

【メールアドレス】chojyu@city.minamikyushu.lg.jp

申込みフォーム