

# 介護職員初任者研修 (受講申込書)

申込日( H 年 月 日 )

ふりがな		生年月日		年齢
氏名		西暦	年 月 日	才
		(昭和 平成 年)		
決定通知送付先住所				
〒				
TEL		FAX		
メールアドレス				
事業所名 (事業所に所属している方はお書きください。)				
事業所名				
住所 〒				
TEL		FAX		

- 申込書には必要事項をご記入の上、FAX又は郵送でお申込み下さい。  
申込先：〒273-0047  
千葉県船橋市藤原 8-17-2  
社会福祉法人 千葉県福祉援護会 教育事業部  
TEL：047(429)6871 FAX：047(430)0004
- 受講申込書と、氏名・生年月日が確認できるもの（運転免許証・健康保険証・住民票・パスポート等の写し）と健康診断書（6カ月以内）を一緒に提出願います。
- 決定通知書は郵送にてご通知いたします。
- 締切日：5月16日（月）必着
- 受講料：講義、指導等 40,000円  
テキスト代 5,400円 合計45,400円を5月25日（水）までに下記の銀行口座までご入金願います。

千葉銀行 二和向台支店 口座番号 3534577  
社会福祉法人 千葉県福祉援護会 介護職員養成研修事業

- 不明点は、各研修委員・上記教育事業部にご連絡願います。

