

本人確認有り 運転免許証又はパスポート、学生は、学生証の提示を求めます。

運転免許証	
パスポート	
学生証	
その他	

## 介護職員初任者研修課程 申込書

\*必ず自署で、書いて下さい。

NPO法人ライフサポート樂樂  
TEL0479-63-5036 FAX0479-63-5100

フリガナ  氏名	印	男・女	写真 (スナップ写真で結構です)
生年月日・西暦(例1900.01.01)両方記入下さい。 昭和・平成 年 月 日生( 歳) 西 暦			
〒 - 住 所 電話番号 (ご自宅) — — (FAX) — — (携 帯) — — (緊急連絡先) — — (Eメールアドレス)			
保有資格(介護関係)及び取得年月日			
就職希望の有 無			
有	無	○ しるしを入れて下さい。	
老人介護	訪問介護	デイサービス	グループホーム
			老人施設
障害者介護	訪問介護	デイサービス	グループホーム
			老人施設
教育訓練給付制度を希望される方			
有	無	○ しるしを入れて下さい。	
既往症(簡単にご記入ください)			
職歴・経歴(簡単にご記入ください)			