介護職員養成講座
（介護職員初任者研修課程）申込書

受 付 日	令和７年　　月　　日	No.
本人確認	月　日	免許証・保険証・パスポート マイナンバーカード その他（　　）

社会福祉法人　観音寺市社会福祉協議会　会長　様

申込日：令和７年　　月　　日

ふりがな		男・女	生年月日	昭和 ・ 平成 年　月　日（　歳）		
氏　名 （自署）						
ふりがな		電話番号		自　宅	（　）	
住　所	〒			ＦＡＸ	（　）	
				携　帯		
職　業		勤務先				
資格	福祉保健	１．ヘルパー３級　２．社会福祉士　３．社会福祉主事　４．精神保健福祉士　５．介護支援専門員 ６．理学療法士　７．作業療法士　８．言語聴覚士　９．正・准看護師　１０．（管理）栄養士 １１．調理師　１２．教員　１３．保育士　１４．幼稚園教諭　１５.その他（　）				
	一般	１．普通自動車　２．大型自動車　３．自動二輪　４．原付　５．その他（　）				
福祉施設・病院等での勤務経験（　有　・　無　）						

受講を希望する理由をお書き下さい。　（　※応募者多数の場合、以下の文章が選考基準となります。　）

この講座は何で知りましたか？　具体的にご記入下さい。

【申込み・問い合わせ先】　〒768-0067　観音寺市坂本町一丁目１番６号
社会福祉法人　観音寺市社会福祉協議会
TEL　０８７５－２５－７７７３（代表）
２５－７７５２