

社会福祉法人 北九州市手をつなぐ育成会
介護職員初任者研修 受講申込書

申込日 令和元年 年 月 日

フリガナ		写真
氏名		
生年月日	昭和・平成 年 月 日生(歳)	
住所	〒 -	
電話番号		性別
メール	@	男・女
会社名		
学校名	学部	学科

誓約書

社会福祉法人 北九州市手をつなぐ育成会 殿 令和 年 月 日

私は、本研修を受講するに当たって規則を厳守することを誓約致します。
なお、規則に反した場合の処分に関して一切の異議申し立てを致しません。

氏名 印

この個人情報は、本研修にのみ使用し、その他の目的には一切利用致しません。

社会福祉法人 北九州市手をつなぐ育成会
〒804-0064 福岡県北九州市戸畑区沖台2-4-8
TEL: (093)884-1500 FAX: (093)884-1501

※当法人記入欄

本人確認方法	
受付番号	