**介護に関心がある方のための「入門的研修」受講申込書**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 生年月日 | 昭和・平成　　　　　　年　　　月　　　日（　　　歳） |
| 氏　　名 |  |
| 住　　所 | 〒　　　　― |
| 電話番号 |  | 職　　業 |  |
| 受講希望日　　程 | いずれかに〇をつけて下さい。1. （　　）基礎講座のみ（約３時間）
2. （　　）基礎講座・入門講座（計４日間）
3. の場合、介護職員初任者研修、生活援助従事者研修課程の一部が免除されます。
 |

※個人情報は、本研修の運営管理にのみ使用します。

**申込用紙送付先　（窓口持参または郵送・ＦＡＸ・メール）**

〒088-2312　標茶町川上４丁目２番地　標茶町役場保健福祉課介護保険係

TEL:485-2111　内線136・137　FAX : 485-4111

メール: h\_kaigo@town.shibecha.lg.jp