

介護職員初任者研修受講申込書

申込日：令和 7 年 月 日

フリガナ			男 ・ 女
氏 名			
生年月日		年 月 日 (歳)	
住 所		〒 沖縄県八重山郡竹富町	
連絡先	自宅電話番号		
	携帯電話番号		
※本研修は、地域における介護人材の育成・確保を目的とし行うもので、 受講申し込みを持って、下記にご同意頂いたものと見なさせていただきます。			
本研修で得られた情報につきましては、研修目的以外には利用いたしません。 また、当該情報については、竹富町福祉支援課で適切に管理致します。			

- 申し込み期間：令和 7 年 5 月 19 日（月）～ 令和 7 年 7 月 25 日（金）
- 申し込み方法：郵送或いは持参、又は FAX
- 申し込み先：●竹富町役場 福祉支援課
〒907-8503 石垣市美崎町 1 1 番地 1
電話：0 9 8 0－8 3－7 4 1 5
FAX：0 9 8 0－8 2－3 7 4 5