

介護職員初任者研修受講申込書

申込日 年 月 日

フリガナ			男 ・ 女
氏 名			
生 年 月 日			
住 所			
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・確保を目的として行うもので、受講申し込みをもって、下記にご同意いただいたものとみ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いたします。			
申込期間：令和８年８月７日（金）～令和８年８月２０日（木） 申込方法：郵送または持参・もしくは FAX 申 込 先：竹富町役場 福祉支援課 〒 9 0 7 - 8 5 0 3 石垣市美崎町ⅠⅠ番地Ⅰ 電話：0980-83-7415（直通） FAX：0980-82-3745（直通）			