様式第１号（第４条関係）

年 　　月 　　日

小豆島町長　　殿

住所

（申請者）氏名

電話番号

小豆島町介護職員初任者研修受講申込書

小豆島町介護職員初任者研修開催事業実施要綱第４条の規定に基づき、研修の受講を申し込みます。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| フリガナ |  | |
| 氏名 |  | |
| 住所 |  | |
| 生年月日 | 昭和　・　平成 | 年　　　　月　　　　日 |
| 電話番号 |  | |
| コース | 介護職員初任者研修課程 | |

※お申込みの際には運転免許証などの身分証明書の写し（両面）を添付ください。

（町記入欄）

|  |  |
| --- | --- |
| 申込受付日 | 令和　　　年　　　月　　　日（受付時間　　　：　　　） |
| 受付番号 | 第　　　　　号 |