

佐賀県労福協 第30回介護職員初任者研修 受講申込書

I. 全ての項目にご記入ください。□のいずれかに✓をご記入ください。

お 名 前	フリガナ _____	□男 □女
生 年 月 日	西暦 年 月 日（満 才）	
ご 住 所	〒 — _____	
日中の連絡先	□携帯 □ご自宅 □勤務先 電話番号 — —	
ご 職 業	□福祉関連職員 □公務員・会社員 □自営業 □無職 □その他	
雇 用 形 態	□正社員 □契約社員 □パート・アルバイト □その他（ ）	
勤 務 先	勤務先名 _____	
	電話番号 — —	
講 座 の 認知ルート	□募集チラシ □労福協ホームページ □各市町広報誌 □ご紹介（ ） □その他（ ）	
受講動機 _____ _____ _____		

II. 援助や配慮を必要とされる方はご要望をご記入ください。（障がいに関わる内容など）

＊申込書に記載の個人情報は、本事業の運営・管理にのみ使用することとし、これ以外の目的では使用いたしません。

【申込方法】… 「申込書」または「申込みフォーム」で受付けています。

- ・「申込書」をご記入後、下記宛てに郵送かFAXまたはEメールでお送り下さい。
- ・「申込みフォーム」をご利用の場合は、右コードをお読み取りください。 申込フォームはこちら

【問合せ・申込先】

一般社団法人 佐賀県労働者福祉協議会

住所：〒840-0804 佐賀市神野東四丁目7-3

TEL：0952-32-1243 FAX：0952-32-1224

Eメール rofuku.kaigo-saga@xsj.biglobe.ne.jp



≪申込み締切日≫ 7月18日（金）必着