

令和6年度
介護職員初任者養成研修申込書

太枠内に記入して下さい。

受 付	令和6年 月 日	No.	
(フリガナ) 氏 名	(男 : 女)		
住 所	(〒 -) 高松市 (電話) 携帯電話 ()		
生 年 月 日	昭和・平成 年 月 日 (満 歳)		
備 考			
本人確認書類	・運転免許証・健康保険証・マイナンバーカード・ その他 () ※ 郵送で申し込む場合は、受講料持参時に確認		本会確認欄

社会福祉法人 高松市社会福祉協議会