平成３０年度　介護職員初任者研修

受　講　申　込　書

申込日：平成　　年　　月　　日

ﾌﾘｶﾞﾅ				
氏　　名				
生 年 月 日	平成　　年　　月　　日（　　歳）		性別	男　・　女
住　　所	〒　　－			
電 話 番 号	（　　）	－　　－		
携帯電話番号	－　　－			
高　校　名	高等学校（学年：　　年生）			
保護者 住　所	〒　　－			
保護者 氏　名	受講者との関係（　　）			
保護者 電話番号	（　　）	－　　－		

受講の動機等（スペースが足りない場合は裏面又は別紙を利用）

１．資格取得後、北秋田市・上小阿仁村及び近隣市町村の介護施設等へ就職を希望しますか。

（　希望します　・　検討中です　・　希望しません　）

２．受講の動機