

受講申込書

介護職員初任者研修(研修期間:令和4年9月3日~11月13日)
の受講を希望します。

申込日:令和4年 月 日

ふりがな	
氏名	
住所	〒
電話番号	
携帯番号	
生年月日	昭和・平成 年 月 日
年齢	歳
性別	男・女

※住所・氏名・生年月日は、修了証明書等の原本となります。

※戸籍上の氏名で、住所は、アパート名・部屋番号まで、正確に楷書でご記載下さい。

※申込書と合わせて本人確認書類、健康保険証・住民票・運転免許証等(写)のいずれか
をご提出下さい。

※提出期限は、**令和4年8月19日(金)まで**となります。

※受講申込書を確認次第、振込依頼書を送付いたします。詳細はそちらをご確認下さい。

受講申込書と本人確認の書類を
右記に郵送・FAX またはご持参く
ださい

問い合わせ先

よこはま介護アカデミー事務局(愛成苑内)

〒246-0003

横浜市瀬谷区瀬谷町4131-16 特別養護老人ホーム愛成苑

TEL: 045-300-0881 FAX: 045-300-0883