



社会福祉法人
神戸福生会

介護福祉士実務者研修 受講申込書

平成 年 月 日

ふりがな 名前	男 ・ 女		証明写真 縦4cm、横3cm ※单身、胸から上 直近3か月以内 に撮影のもの
生年月日	19 年 月 日		
連絡先	住所	〒 — 兵庫県	
	電話番号	自宅 () — 携帯 —	
資格 ○で囲む	資格なし ・ 初任者研修 ・ ヘルパー2級 ・ ヘルパー1級 介護職員基礎研修		
通学手段 ○で囲む	電車：阪急・阪神・JR・市営地下鉄 バス バイク（原付含む） ・ 自転車 ・ 徒歩 ※駐車場の使用はできません		
受講理由			
お申込の きっかけ 複数可	法人ホームページ ・ 折込広告 () ・ 知人の紹介 その他 ()		

※ 本人と確認できるもの（運転免許証・健康保険証等）のコピーを添付願います。

社会福祉法人神戸福生会 実務者研修担当 宛
神戸市兵庫区里山町1-48
TEL (078) 612-3335
FAX (078) 612-3337

事務局記載欄

受付日		受付者		本人確認 書類		受講決定・否決
-----	--	-----	--	------------	--	---------