

令和元年度介護職員初任者研修支援事業利用申込書

申込日 令和 年 月 日

社会福祉法人茨城県社会福祉協議会長 殿

氏 名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

下記のとおり、令和元年度介護職員初任者研修支援事業を申し込みます。

記

1 申込者について

(フリガナ) 氏名		性 別	男 ・ 女
生年月日	西暦	年	月 日
住所	〒		
連絡先	TEL		

2 修了した介護職員初任者研修について

実施機関名			
実施機関所在地 連絡先	〒 TEL		
研修期間	平成・令和	年 月 日	から平成・令和 年 月 日まで
受講費用	円		
申請金額	円 (受講費用と9万円を比較し、少ない方の金額を記載してください。)		

3 就職した事業所等について

法人名			
事業所等名			
施設の種類			
事業所等所在地 連絡先	〒 TEL		
就職年月日	平成・令和	年 月 日	