令和　　年　　月　　日

社会福祉法人　竹田市社会福祉協議会

会　　長　　　木部　眞里子　様

令和７年度竹田市生活援助従事者研修受講申請書

上記研修を受講したく下記のとおり申請します。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 性別 | 男　・　女 |
| 受講者氏名 | 印 |
| 受講者住所 | 竹田市 | | |
| 受講者生年月日 | 昭和・平成　　　年　　　月　　　日生　　年齢　　　歳 | | |
| 未成年者の方のお申し込みには保護者の方の同意が必要です。 | | | |
| 生活援助従事者研修受講申込に同意します。（保護者署名）　　　　　　　　　　　　印 | | | |
| 受講者連絡先 | 電話番号 | | |
| 携帯番号 | | |
| 受講者勤務先  （現在勤務している場合） | 事業所名 | | |
| 電話番号 | | |
| 事業所住所 | | |
| 受講を希望する理由 |  | | |
| 介護サービス事業所へ  就職希望の有無 | 有　・　無 | | |