

平成 29 年度 介護職員初任者研修 受講申込書

J A長野厚生連北アルプス医療センターあづみ病院が運営する、介護職員初任者研修を以下のとおり申込みいたします。

フリガナ 氏 名	
生年月日	昭和 平成 年 月 日生 (歳)
住 所	〒
連 絡 先	自宅 _____ () _____ 携帯 _____ — _____
備 考 連 絡 事 項	

※ 記載された個人情報については、今回の介護職員初任者研修のみに使用し、他の目的には一切使用いたしません。

※ 本人確認のために「免許証」を提示していただきコピーをとり、北アルプス医療センターあづみ病院にて保管・管理いたします。(開講式当日に提示いただきます)

※ 全研修を修了した受講者には、この申込用紙に記載された情報をもとに、厚生労働省の定める介護職員初任者研修として、長野県知事が指定した研修を修了したことを証する「修了証明書」をあづみ病院長が交付し、その名簿を長野県知事に提出しますので、正確に記載してください。(氏名の漢字・住所欄の番地など)