

かなざわケアサポーター養成研修受講申込書

申込日 年 月 日

フリガナ			☆ 性別	男 ・ 女
☆ 氏 名				
☆ 生 年 月 日	明 大 年 月 日 昭 平			
フリガナ				
☆ 住 所 ※この住所に受講決定通知を送付します。	〒 都 道 府 県			
T E L		携 帯 電 話		
F A X				
コ ー ス	2 月コース			
◎下記の項目を確認し、チェックを入れてください。				
・ 介護福祉士、2 級ヘルパー等のヘルパー資格を持っていない。				☐
・ 研修修了後、総合事業の基準緩和型訪問サービスを行う事業所への就労を希望する。				☐

※ご記入いただいた個人情報は本研修の実施にのみ使用します。
また、☆の項目につきましては、研修終了後に資格登録のため金沢市へ提出します。

(申し込み先)

公益財団法人 金沢健康福祉財団
〒920-0912 金沢市大手町3-23
TEL : 076-260-0071
FAX : 076-222-0025

上記の必要事項を記入して、左記申し込み先まで
F A Xまたは郵送でお申し込みください。