

## 介護職員初任者研修 受講申込書

フリガナ		性 別	
氏 名	Ⓜ	男 ・ 女	
生年月日	年 月 日 ( 歳)		
現住所	〒		
電話番号		FAX	
携帯番号			

年月 (期間)	最終学歴・職歴
年 月～ 年 月	
年 月～ 年 月	
年 月～ 年 月	
年 月～ 年 月	
年 月～ 年 月	

習得年月	免許・資格

誓 約 書

医療法人 共和会  
理事長 殿

上記申込書の記載事項は事実と相違ありません。  
また、介護職員初任者研修において知り得た、利用者・家族、職員の個人情報等は受講中はもちろん受講後も第3者に漏洩しないことを誓います。

平成 年 月 日  
氏 名 \_\_\_\_\_ Ⓜ