



FAX : 0 8 2 - 2 2 7 - 2 3 7 1

介護福祉士実務者研修受講申込書

申込日 令和 2年 月 日

ふりがな	
受講者氏名	
生年月日	昭和 平成 年 月 日生 (満 歳)
現住所	〒 市 郡 町 丁目 番地 号
電話又は携帯電話番号	
緊急連絡先 (本人以外)	
託児について	希望 1有 2無 子の年齢 (才 才)
就労状況	1 正社員 2 派遣 3 パート 4 無職 5 その他
有資格	ヘルパー2級 初任者研修 基礎研修 その他 ()
勤務先(職種)	
受講動機を50字以上でお書きください。	

宛先 : (一財) 広島県ひとり親家庭等福祉連合会

〒730-0016 広島市中区幟町3-57 中特会館2F

FAX : 0 8 2 - 2 2 7 - 2 3 7 1

E-mail hiro-kenboren@kih.biglobe.ne.jp

事務局 : 河内