

(別紙1)

【申込先】 社会福祉法人日南福祉会（総務課 山形宛）
〒689-5665 日野郡日南町下石見 2315

FAX 0859-83-0846

2021年度 あかねの郷介護福祉士実務者研修受講申込書

ふりがな		
氏名	姓)	名)
生年月日		性別
現住所	〒 ー (ふりがな) 住所 電話番号： 携帯番号： ※確実に連絡の取れる電話番号を記載してください。	
実務経験年数		
保有資格	※修了証の写しを添付してください。	
勤務先		
所在地	〒 ー (ふりがな) 住所 電話番号： FAX 番号：	
受講動機		