

# かなざわケアサポーター養成研修受講申込書

申込日 令和 年 月 日

フリガナ			
☆ 氏 名			☆ 性別 男 ・ 女
☆ 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	10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。			<input type="checkbox"/>
・ 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。			<input type="checkbox"/>

※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  
FAXまたは郵送でお申し込みください。