

介護サポーター養成講習受講申込書

FAX 0173-72-5804

(鯉ヶ沢町社会福祉協議会 : ボランティアセンター行)

提出日:令和 年 月 日

氏名 <small>しめい</small>	(ふりがな)
生年月日	昭和・平成 年 月 日 (歳)
住所	〒038- (町名:)
電話番号 <small>(日中連絡がとれる先)</small>	
受講日時	令和 年 月 日 () 午前・午後 時 分 ~ <small>(注)個人の希望ではなく、募集している日時から選択して記載して下さい。</small>
資格等	(例)普通自動車運転免許など
介護サポーター 登録 <small>(講習修了後)</small>	希望する ・ 希望しない ・ まだわからない
備考欄(特に記載したい事項などがありましたら、ご自由にお書き下さい)	

～ ここから下は記入しないで下さい ～

申込日(受理)	受付者	担当者
令和 年 月 日 ()		