

実務者教員講習会受講申込書

2019年 月 日

五省会実務者研修課程 課程長 殿

私は、貴殿が実施する実務者教員講習会の受講を申し込みます。

| | |
|------------------|--|
| フリガナ | |
| 氏 名 (性別) | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 |
| 生 年 月 日 | 昭和 年 月 日生 歳 平成 |
| 住 所 | 〒 富山県 |
| 電 話 等 | 携帯電話 — — E-mail(携帯) @ . |
| 志 望 動 機 | 実務者教員講習会の志望動機にチェック (レ) を入れてください <input type="checkbox"/> 実務者研修教員資格取得のため <input type="checkbox"/> 介護従事者に対する指導のため |
| 誓 約 書 署名捺印が必要 | 五省会実務者研修課程 課程長 殿 受講許可の上は、受講案内、面接授業ルール等規則を遵守し、 勉学に励むことを誓います。万一、本誓約書に違背 した場合は 教室退出等、いかなる処分に対しても意義を申し立てないことを 誓約します。 2019 年 月 日 (本人署名捺印) _____ ㊟ |

※ 提出書類

身分証明書 (運転免許証等)、資格取得の方は介護福祉士証のコピーを提出ください。

※ 留意事項

氏名、フリガナ、住所、生年月日は誤りないようご留意願います。