

(別紙2)

【提出先】

社会福祉法人こうほうえん 井澤宛

住 所：〒683-0853 米子市両三柳1400 F a X 0859-24-3113

こうほうえん介護職員初任者研修受講申込書

ふりがな			
氏 名	姓	名	
生年月日(和暦)	年 月 日	性 別	
現 住 所	郵便番号(〒 -) 住 所 (ふりがな) 電話番号： 確実に連絡が取れる電話番号を記載してください。		
勤務先名称			
米子商工会議所 会 員	*該当する方に○をしてください 会 員 非会員		
所 在 地	郵便番号(〒 -) 住 所 (ふりがな) 電話番号：		
志望の動機			

【提出期限】 令和3年4月26日(月)

【提出方法】 郵送 か F A X