（様式第１号）

八尾市生活援助サービス従事者研修受講申込書

　　年　　月　　日

（あて先）八尾市長

下記のとおり、標記研修を申し込みます。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 生年月日 | 性　　別 |
| 氏名 |  | 昭和平成 | 年　 月　　日（満　　 歳） | 男 ・ 女 |
| 住所 | 〒　　　－ |
| 電話番号 |  |
| 介護事業所に勤務している場合のみ記入 | 勤務先名 |  |
| 勤務先住所 | 〒　　　－ |
| 電話番号 |  |
| 受講を希望する研修開催月 | 令和元年７月　・　９月　・　11月　・　令和２年１月　・　３月（いずれかひとつに○をしてください） |

|  |
| --- |
| 申込先〒581-0003　八尾市本町一丁目１番１号　八尾市高齢介護課地域支援室TEL：072-924-3837　 FAX：072-924-3981 |