（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 | | 年　　　　　　　月 | | | |

|  |
| --- |
| 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 |