

(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