

交野市生活援助型訪問サービス従事者（生活援助員） 研修申込書

年 月 日

フリガナ			
氏 名			
生年月日	年 月 日	年齢	歳
住 所	〒		
電話番号			
所属する事業所の有無	無 → 事業所に所属する予定はありますか （ はい ・ いいえ ） 有 （事業所名 ： ）		

- 対象者 ： 交野市在住・在勤（在勤予定含む）の方
（交野市の研修修了者が他の市町村で勤務可能かどうかは、勤務する市町村で確認して下さい。）
- お申込みは先着順となります。
- 2日共受講してください。2日間受講できなかった場合は、修了書を交付できません。
- お申込み後、開催通知などはお送り致しませんので、当日直接会場へお越し下さい。
- キャンセル・欠席の場合は、高齢介護課まで必ず連絡してください。