令和　　年　　月　　日

（宛先）瀬戸市長

申込者	住所	〒　　－
	フリガナ 氏　　名	
	生年月日	昭和・平成 年　　月　　日（　　歳）
	連絡先	（　　）　　－

令和６年度　瀬戸市介護予防・日常生活支援総合事業介護予防・生活支援員養成研修

受講申込書

瀬戸市介護予防・日常生活支援総合事業介護予防・生活支援員養成研修の受講について、次のとおり申し込みます。

従事予定事業	□　生活支援訪問サービス □　未定
応募理由	
個人情報について	養成研修修了後、介護事業者等から市に対し、雇用を目的とした修了者情報の提供依頼があった場合、ご記入いただいた個人情報を市が提供することに □　同意します　　□　同意しません ※　ご記入いただいた個人情報は、その他、修了証の交付及び修了者台帳の管理に関わる目的にのみ使用します。
備考	実地研修への参加が可能な日時すべてにチェックを入れてください。 □10/25(金)10:00～12:00　□10/25(金)13:00～15:00 □10/28(月)10:00～12:00　□10/28(月)13:00～15:00 □10/29(火)10:00～12:00　□10/29(火)13:00～15:00 □10/30(水)10:00～12:00　□10/30(水)13:00～15:00 □10/31(木)10:00～12:00　□10/31(木)13:00～15:00 □11/ 1(金)10:00～12:00　□11/ 1(金)13:00～15:00 **※ヘルパーの資格　□持っている　□持っていない**