

令和7年度 神奈川県版ファーストステップ研修（横浜・川崎地区） 受講申込書

フリガナ		性別	写真(デジタル可)
氏名		男・女	
生年月日	昭和/平成 年 月 日 () 歳		
自宅住所	(〒 -)	連絡先 TEL	(-)
介護福祉士 資格登録年月日	年 月 日	介護福祉士 登録番号	
資格取得後 実務経験年数	年	職種 現在の役割	
介護職員 初任者研修	※初任者研修またはヘルパー2級を修了しましたか？ <input type="checkbox"/> 修了した <input type="checkbox"/> 受講していない		
就業先情報			
法人名		法人代表者名	
所属事業所名 (施設名)			
住所 (案内等送付先)	(〒 -)		
所属事業所 連絡先	TEL	FAX	
連絡担当者名	※就業先の連絡窓口となる方の氏名・役職名をご記入ください。 役職名 ()		
事業所 e-mail	@		
受講料領収書宛名	※受講料をお支払いいただいた際に発行する領収書は、「所属事務所名・受講生氏名」宛で発行します。 その他の宛名をご希望の方は、ご記入ください。		

送付先：〒233-0002 横浜市港南区上大岡西 1-6-1 ゆめおおおかオフィスタワー10階
公益社団法人 横浜市福祉事業経営者会

E-mail: kenshu_keiei@y-hukushijigyo.or.jp

先着順：定員になり次第締め切らせていただきます

※個人情報の取り扱いについて
ご記入いただいた個人情報は、下記の目的のみに使用し、厳重に管理いたします。
お申込者様へのご連絡やご案内、研修運営管理、神奈川県への報告、神奈川県への調査・評価等への協力