

様式第1号（第4条関係）

年 月 日

（宛先）小金井市長

小金井市介護職員初任者研修受講申込書

小金井市介護職員初任者研修事業実施要綱第4条に規定する小金井市介護職員初任者研修の受講について、下記のとおり申し込みます。申込みに当たり、要件確認のため、市が公簿等を確認すること又は関係機関に照会することに同意します。

記

1 申込者

| | |
|------------|-------|
| ふりがな 氏名 | |
| 住所 | 〒 - |
| 生年月日 | 年 月 日 |
| 性別 | 男 ・ 女 |
| 電話番号 | |

2 所属している事業所等

| | |
|-------|--|
| 事業所名 | |
| 事業所住所 | |
| 電話番号 | |

3 添付書類

公的本人確認書類の写し

4 確認事項（同意される場合はチェックをお願いいたします。）

- 研修を修了したときには、小金井市から東京都に対し、個人情報の提供をすることに同意します。