

名護市介護職員初任者講習支援事業

受講申請書兼推薦同意書

名護市長 殿

○受講申込者

フリガナ		性別
氏名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
生年月日	年 月 日(歳)	
住所		
電話番号		
現在の勤務先		
勤務先住所		
実務経過年数	年 月(実務経験なしの場合は記載不要)	

推薦理由(受講者が勤める施設管理者の方が記入してください)

<p>年 月 日</p> <p>※下記の該当する項目に、推薦者の方が一つだけチェックを記入してください。</p> <p><input type="checkbox"/>上記の申込者については、継続的な就労が見込めると認めます。</p> <p><input type="checkbox"/>上記の申込者については、継続的な就労が見込めません。</p> <p>事業所名: 印</p> <p>推薦者(施設管理者)氏名: 印</p>
