

令和7年度魚沼市介護人材確保支援事業

介護に関する入門的研修 受講申込書

私は、魚沼市内に居住しており、介護に関する入門的研修の受講を申込みます。

| | |
|-----------------|-----------------|
| 住 所 | 〒 |
| (ふりがな) 受講者氏名 | () |
| 生年月日(西暦) | 昭和・平成 年 月 日 () |
| 連絡先(TEL) | |

- 申込締切日 令和8年1月30日(金)
- 申込み方法 この受講申込書に必要事項を記入のうえ、市民福祉部介護福祉課(本庁舎1階)へ
申し込んでいただか、郵送等によりお申し込みください。
- そ の 他
 - ・全ての課程(4日間)を受講できる方が対象となります。
 - ・申込多数の場合は受講できない場合があります。
 - ・受講決定者には、受講(案内)決定通知を送付いたします。

ご不明な点はお気軽に、下記担当までお問い合わせください。

【申込み・お問い合わせ】

市民福祉部 介護福祉課 介護保険係(担当:井口)

〒946-8601 魚沼市小出島910番地 魚沼市役所

TEL:025-792-9755 FAX:025-792-5600

E-Mail:kaigo@city.uonuma.lg.jp