記入日　　　　年　　　月　　　日

**あんしん介護パートナー　申込書**

|  |  |
| --- | --- |
| ﾌﾘｶﾞﾅ |  |
| 氏　名 |  |
| 生年月日 |  |
| 住　所 | 電話番号 |

＊電話番号について、昼間連絡の取りやすい番号を複数、ご記入いただけると助かります。

|  |
| --- |
|  |

●志望の動機

●資格・免許

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 年 | 月 | 資格・免許 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

●福祉関係の職業、諸活動等の経歴

|  |  |
| --- | --- |
| 期　間 | 職業・諸活動等 |
| 年　 月 ～ 　年 　月 |  |
| 年　 月 ～ 　年 　月 |  |
| 年　 月 ～ 　年 　月 |  |
| 年　 月 ～ 　年 　月 |  |
| 年　 月 ～ 　年 　月 |  |

≪提出先≫　可児市役所 介護保険課 介護事業者係

509-0292　可児市広見1-1　電話（0574）62-1111　内線3242

e-mail：　[kaigohoken@city.kani.lg.jp](mailto:kaigohoken@city.kani.lg.jp)