

別記様式第5号（第9条関係）

深川市介護職員人材バンク登録書

年 月 日

深川市長 様

登録者 住 所

氏 名

印

介護職員養成研修事業助成金の交付を受けるにあたり、深川市介護職員養成研修事業助成金交付要綱第9条の規定により、深川市介護職員人材バンクに登録いたします。

また、深川市内の介護サービス事業所に下記の情報を提供することに同意します。

| 氏 名 | 住 所 | 性別 | 電話番号 | 生年月日 | 備 考 |
|-----|-----|----|------|------|-----|
| | | | | | |