別記様式（第５条関係）

年　　月　　日

桶川市介護保険登録認定調査員登録申請書

桶川市長

桶川市介護保険登録認定調査員の登録を受けたいので、次のとおり申請します。

<table>
<tr><td colspan="2">フリガナ</td><td rowspan="4">３か月以内に撮影した、脱帽、上半身正面向きのもので本人と確認できるものたて４ｃｍ×よこ３ｃｍ</td></tr>
<tr><td colspan="2">氏名　　㊞</td></tr>
<tr><td colspan="2">生年月日　　年　　月　　日（　　歳）</td></tr>
<tr><td colspan="2">フリガナ</td></tr>
<tr><td colspan="3">現住所
〒　　電話　　（　　）</td></tr>
<tr><td colspan="3">フリガナ</td></tr>
<tr><td colspan="3">連絡先
〒　　電話　　（　　）</td></tr>
</table>

年　月	学歴・職歴

年　月	資格・免許

本人希望欄（勤務日等について希望があれば記入）

※　第３条各号に掲げる職を証する「証明書」等の写しを添付すること。