

# 介護職員初任者研修受講申込書

開講日 平成 29 年 10 月 29 日

申込日 平成 年 月 日

フリガナ			
氏 名			男 ・ 女
生年月日	昭和・平成	年 月 日生	( ) 歳
フリガナ			
現 住 所	〒	—	TEL ( ) — FAX ( ) —
日中の連絡先			TEL ( ) —
(必ず連絡が取れる場所をご記入ください)			
E-mail			

※太枠の中をご記入下さい。

- ・ 申 込 期 間      平成 29 年 9 月 1 日から平成 29 年 10 月 2 日
- ・ 申 込 先          〒722-2432 尾道市因島原町 1076-1 養護老人ホーム寿楽園  
TEL (0845) 28-0029 担当：徳井
- ・ 申 込 方 法      郵送或いは持参、又はファックスにて  
FAX (0845) 28-1002
- ・ 受講料の支払い方法      原則として振込（受講決定後振込先をお知らせします）  
開講日までにキャンセルした場合は全額返金、開講日以降の返金には  
応じません。  
※本個人情報情報は本講座受講目的以外には一切使用いたしません。

**主催／社会福祉法人 新生福祉会 〒722-2416 尾道市瀬戸田町林 1288 番地 6**  
広島県指定事業者番号 228

受付日	年 月 日	受付担当者	
受講番号		備考	