

介護職員初任者研修受講申込書

開講日 令和2年9月20日

申込日 令和 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	(必ず連絡が取れる場所をご記入ください)		TEL () —
E-mail			

※太枠の中をご記入下さい。

- ・申込期間 令和2年8月1日(土)から令和2年8月31日(金)
- ・申込先 〒722-2416 尾道市瀬戸田町林 1288-6 デイサービスセンター楽生苑

TEL (0845) 27-2943 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) 27-2927

- ・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	