

送付状は不要です、直接この用紙をFAX、郵送、もしくは持参してください。

ケアポートよしだ 行き

FAX番号 (0854) 75-0456

平成27年度 よしだ福社会 介護職員初任者研修 申込書

| | | | |
|-------------|-------------------------|----|-----|
| 申込日 | 平成27年 | 月 | 日 |
| ふりがな 氏名 | | 性別 | 男・女 |
| 生年月日 | 昭和・平成 | 年 | 月 日 |
| 現住所 | 〒 | | |
| 電話番号 | | | |
| FAX番号 | | | |
| 連絡先 | 〒 (現住所以外に連絡を希望する場合のみ記入) | | |
| 連絡先 電話番号 | (日中の連絡先を記入) | | |

*この申込書に記入いただいた個人情報は、本研修以外の目的には使用しません。

お問合せ先
郵送先

〒690-2313 雲南市吉田町深野84-6

ケアポートよしだ 介護職員初任者研修事務局

電話 0854-75-0346 FAX 0854-75-0456