

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

令和元年度よしだ福祉会 介護職員初任者研修 申込書

申込日	令和元年	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