

受講希望者は必要事項を記入の上、FAX してください。

介護福祉士実務者研修資格取得講座申込書



申込み期限 6月5日（土）まで

FAX : 0994 (36) 0642 (ココペリ 永山宛)

申込日 平成 年 月 日

フリナガ			
氏名			
生年月日	明大 昭平 年 月 日	性別	男 女
フリナガ			
住所	(〒 -)		
メールアドレス	@		
TEL	() -	携帯電話	- -
フリナガ			
勤務先名			
フリナガ			
勤務先住所	(〒 -)		
現在保有 資格	* 保有資格にチェックしてください。 <input type="checkbox"/> 無資格 <input type="checkbox"/> 初任者研修 <input type="checkbox"/> 訪問介護員（ヘルパー2級） <input type="checkbox"/> 訪問介護員（ヘルパー1級） <input type="checkbox"/> 介護職員基礎研修 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引		
受講料	<input type="checkbox"/> 個人 <input type="checkbox"/> 会社 <input type="checkbox"/> 全納 <input type="checkbox"/> 分割 <input type="checkbox"/> 2回 <input type="checkbox"/> 3回 <input type="checkbox"/> 4回 <input type="checkbox"/> 5回 <input type="checkbox"/> 6回		