

〈介護に関する入門的研修 参加申込書〉

ふりがな			
氏 名			
住 所	〒 -		
生 年 月 日	昭和・平成	年	月 日 (歳)
電 話 番 号	(自宅)	(携帯)	
参 加 日	☐ 10/16 (金) ☐ 10/23 (金) ☐ 10/30 (金) ☐ 11/6 (金) ※原則、4日間の全日程を受講できる方の募集になります。 ※全日程の研修を受講できる方を最優先に先着順で受講決定します。		

※ご記入いただいた個人情報は、本事業に関係する事務手続き等を行う目的で使用し、他の目的で使用することはありません。

〈参加受付について〉

参加申込書、Web申込フォームが届き次第、
参加確認の連絡を行い、受付完了といたします。

〈テキスト代のお支払い方法について〉

受講初日に会場にて現金支払い。



▼ FAX 0774-43-6111 ▼