

令和 年 月 日

寿楽荘 ケアスクール

介護福祉士実務者研修通信講座受講申込書

希望コース	<input type="checkbox"/> 7月コース <input type="checkbox"/> 8月コース	
フリガナ		
氏名		
生年月日	昭和・平成 年 月 日(満 歳)	男・女
住所	〒 -	
TEL	()	
FAX	()	
携帯電話	()	
緊急連絡先	()	続柄 _____
メールアドレス	@	
保有資格	<input type="checkbox"/> 無資格 <input type="checkbox"/> 介護に関する入門的研修修了 <input type="checkbox"/> ホームヘルパー3級研修修了 <input type="checkbox"/> 認知症介護実践者研修修了 <input type="checkbox"/> 生活援助従事者研修修了 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引等研修修了 <input type="checkbox"/> ホームヘルパー2級研修修了 <input type="checkbox"/> 介護職員初任者研修修了 <input type="checkbox"/> ホームヘルパー1級研修修了 <input type="checkbox"/> 介護職員基礎研修修了	
介護業務経験	<input type="checkbox"/> 経験なし <input type="checkbox"/> 3年未満 <input type="checkbox"/> 3年以上	
勤務先・学校名		
受講料割引制度のご利用		
この講座を何でお知りになりましたか	<input type="checkbox"/> チラシ <input type="checkbox"/> 寿楽荘ホームページ <input type="checkbox"/> 紹介 () <input type="checkbox"/> その他 ()	

寿楽荘 ケアスクール
 介護福祉士実務者研修事務局 担当 平松
 〒039-2241 青森県八戸市大字市川町字夏秋4番地
 TEL 0178-52-5151 / FAX 0178-52-5153