

平成29年度みどり園介護職員初任者研修受講申込書

受付日時 月 日 時 分

フリガナ					
氏名	姓	名		男・女	
住所	〒	—	TEL		
			携帯TEL		
生年月日	昭和・平成 年 月 日 (歳)				
交通手段	<input type="checkbox"/> マイカー <input type="checkbox"/> バイク <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> JR <input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> その他 ※交通費は自己負担となります。(駐車場あり)				
職業	<input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> 主婦 <input type="checkbox"/> 自営 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/> アルバイト <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> 介護従事者 <input type="checkbox"/> その他 ()				

- ・ 氏名 住所 生年月日は修了証明書の原本になりますので正確に記載してください。
- ・ ご記入後、下記まで郵送、ファックスまたはご持参ください。
- ・ 受講が決定後、受講案内を自宅へ郵送いたします。

※受付は平成29年9月1日から

担当	みどり園居宅介護支援事業所	二井(にい)
TEL	752-0928 下関市長府才川2丁目21-1	
電話	083-248-0986	
ファックス	083-248-1304	