

平成 30 年度 介護福祉士実務者研修通信課程 受講申込書

株式会社ひまわりの会宛

私は株式会社ひまわりの会 ぽればれの学校 平成 30 年度介護職員実務者研修通信課程を申込みます。  
尚、受講に際しては規則を遵守します。

平成 30 年 月 日

受講申込者氏名

印

受講申込者氏名	フリガナ		性別 男・女		
生年月日	年	月	日	年齢	才
自宅住所	〒				
電話番号			緊急連絡先		
携帯番号			メールアドレス		
職業					
勤務先					
勤務先所在地	〒				
勤務先電話番号					
保有資格	<input type="checkbox"/> 介護職員初任者研修 <input type="checkbox"/> ホームヘルパー1級 <input type="checkbox"/> ホームヘルパー2級 <input type="checkbox"/> ホームヘルパー3級 <input type="checkbox"/> 介護職員基礎研修 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引等研修 <input type="checkbox"/> 該当なし				
<p>*当講座の募集を何でお知りになりましたか？</p> <p>*当講座を選ばれた理由を教えてください。</p> <p>*講座修了後の進路を教えてください。</p> <p>1.介護福祉士受験   2.サービス提供責任者   3.勉強の為   4.転職の為   5.特になし</p>					

送付先 株式会社ひまわりの会 ぽればれの学校 担当：清水

郵送の場合：〒631-0004 奈良市登美ヶ丘 4-8-3

FAX の場合：0742-43-3343