

令和3年度 介護職員のための介護技術向上研修 受講申込書

法人名	
事業所名	
事業所種別	
郵便番号・住所	〒
連絡先	電話() - FAX() -
※受講に関する連絡に必要となります。必ずご記入ください。	E-Mail アドレス
連絡担当者	氏名 様
送信枚数 枚	<input type="checkbox"/> 新規申込 <input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 変更 該当する項目にレ点をご記入ください。

<申込者多数の場合はコピーしてお申込み下さい>

氏名	有資格名	経験年数(2020.4.1現在)	申込記号記入欄(例:F1・F2、F1～F12)

各研修、定員になり次第締め切ります。

申込みの確認後、3日以内(土日祝日を除く)に提出いただいた申込書の受付確認欄に確認印を押印し、FAXにより返信しますので、当日会場受付にご提示ください。

返信がない場合は、お手数ですが事務局までご連絡ください。

受付確認欄