

株式会社誠和 介護職員初任者研修 申込書

記入日： 年 月 日

開校日	年 月 日	性別	生年月日
ふりがな		男・女	昭和 ・ 平成
受講者名			年 月 日
住 所	(〒 -) ※マンション・アパートにお住いの方は部屋番号までご記入ください。 市・群 区・町		
※氏名・生年月日は修了証書に記載しますので、明確に記入してください。			
連絡先 電話番号	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 携帯電話	F A X 番号	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先
勤務先	施設・事業所名	住所 〒	
参考までにお尋ねします。介護系の資格をお教え下さい。(<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有) ※有の方は資格名を記入してください。 ()			
事業所での実務経験	年 月		

◆該当するものに☑をし、太枠内に記入の上、郵送または、F A Xにてお願いします。

〈個人情報取り扱いについて〉 ご記入いただきました個人情報については、法令に従い安全且つ適正に管理し、受講の登録手続き及びご本人への連絡のみ使用させていただきます。

郵送の場合

広島県 尾道市西御所町13-30

高齢者総合ケアセンター きららラポール西御所 銅道(どうどう)宛

F A Xの場合

0 8 4 8 - 2 1 - 3 0 1 0

E-mailの場合

ta-dodo@onomichi-seiwa.jp