

FAXの方はこちらへ **03-5365-9822** (表面のみ送信して下さい)

(株)日本介護センター

平成 年 月 日

同行援護従事者養成研修一般課程および応用課程(通学)受講申込書

希望コース	コース			開講日	/
(ふりがな) 申込者名	()				
生年月日	S	・	H	年	月 日生 (満 歳)
住 所	〒 -				
電話番号	()	-	()	()	(自宅)
	()	-	()	()	(携帯)
FAX 番号	()	-	()	()	<input type="checkbox"/> FAX 無し
勤務先の有無 (所属先)	有	勤務先 (紹介所)	〒 -		
		所在地	TEL	FAX	
	無				
資格 ⇒該当するものに☑ およびご記入下さい	<input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 介護職員基礎研修 <input type="checkbox"/> 訪問介護員養成研修 () 級 <input type="checkbox"/> 介護職員初任者研修 <input type="checkbox"/> 無資格 <input type="checkbox"/> その他 ()				
『日本介護センター』をどこ で知りましたか?	<input type="checkbox"/> インターネット <input type="checkbox"/> 新聞折込広告 <input type="checkbox"/> 知人からの紹介 <input type="checkbox"/> お勤先からの紹介 <input type="checkbox"/> 看板 <input type="checkbox"/> 日介センター事業所からの紹介 <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> その他 ()				

※お申し込み時にいただいた個人情報、本講習、当社の行う研修案内及びアンケート以外には使用致しません

◆健康状態についてお聞きします⇒該当するものに○

健康状態	心身ともに	良好	・	不良
現在治療中 (又は服薬)	無	・	有 ()	

ご心配なことがありましたら事前にご相談下さい