

【実務者研修:通信課程】 受講申込書

この度、実務者研修の通信講座を開催いたします。つきましては、ご希望される方はこちらの用紙に記入の上、お申込手続きを、お願い致します。(黒枠は必ずご記入下さい。)

		平成 年 月 日
ふりがな		
受講申込者氏名		
生年月日	昭和・平成 年 月 日 (満 歳)	
ふりがな		
住 所	〒	
電 話 番 号	ご自宅:	携帯:
Fax 番 号	(Faxをお持ちで無い方は不要です。)	
メールアドレス	@ (PC ・ 携 帯)	
お勤め先	(会社名)	(施設名)
電 話 番 号		

資格・経験年数

保有資格	<ul style="list-style-type: none"> ・基礎研修修了 ・ホームヘルパー1 級 ・ホームヘルパー2 級 ・初任者研修 ・資格は持っていません。 	介護経験	年 月
			(月 日付で)

※送付後 2 週間経っても弊社より、連絡がない場合は、届いていない可能性があります。お手数ですがおかけし申し訳ありませんが、ライフケアカレッジ佐賀校,担当:木津(キツ)までご連絡をお願い致します。

株式会社ライフサポートNEO

ライフケアカレッジ佐賀校

Tel:0952(29)2480

Fax:0952(60)5510