

## 愛生館 介護職員初任者研修 受講申込書

FAX、郵送にてお申込みください。

申込方法	<input type="checkbox"/>	FAX	0566-41-0862
	<input type="checkbox"/>	郵送	〒447-0802 碧南市鷺林町4丁目109番地1 社会福祉法人 愛生館 介護職員初任者研修

コース	平日コース ・ 日祝コース		
申込日	年	月	日
フリガナ			
氏名	(男 ・ 女)		
生年月日	S ・ H	年	月 日 (歳)
住所	(〒 - )		
	(マンション名 号室)		
電話番号	自宅 ( )		-
	携帯 ( )		-
勤務先 (学生の方は学校名)			
メールアドレス			
受講料	お支払方法	<input type="checkbox"/> 一括	<input type="checkbox"/> 分割
介護実務経験	無 ・ 有 ( 年 ヶ月)		
愛生館 紹介者 (紹介者がいる場合は記入)	部署	氏名	
備考			

保護者 氏名 連絡先	保護者 氏名
未成年の方は 必ず記入してください	保護者連絡先電話番号