

介護職員初任者研修受講申込書

申込日 令和 年 月 日

ふりがな			性別
氏名			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
生年月日	昭和・平成 年 月 日 (歳)		
自宅住所	〒 ー		
連絡先	自宅電話		
	携帯番号		
メールアドレス	@		
勤務先または 在籍校			
インターネット 環境	<input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 自宅パソコン <input type="checkbox"/> 職場パソコン <input type="checkbox"/> スマートフォン <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> なし		
個人情報の 取扱い	申込に際して得た個人情報は、研修会の運営、管理、認定に限定し、この利用目的以外に使用することはありません		
お問い合わせ	〒509-7712 恵那市明智町1090番地 公益社団法人地域医療振興協会 市立恵那病院介護研修センター事務局 TEL 0573-55-0050 FAX 0573-55-0051		

※受講申込書はFAXにてご送信いただくようお願いいたします。

申込期限：スクーリング開始日の2週間前まで (定員になり次第締切)

公益社団法人地域医療振興協会 **市立恵那病院介護研修センター事務局**

FAX 0573-55-0051