

介護福祉士実務者研修 受講申込書

記入日	令和 年 月 日	
お申し込みコース	ずっとケアスクール あべの校 令和4年度 土曜日コース	
ふりがな		性別
氏名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 他
生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 (歳)	
ふりがな		続柄
保護者氏名 (18歳未満の方)		
住所	〒 -	
ご連絡先TEL	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 職場 () -	
メールアドレス	@	
所属施設	<input type="checkbox"/> パークサイドなごみ <input type="checkbox"/> ホームランドあべの(老健) <input type="checkbox"/> ホームランドあべの(有料) <input type="checkbox"/> その他()	
お支払い方法	<input type="checkbox"/> 一括銀行振り込み <input type="checkbox"/> 分割銀行振り込み(2回 ・ 3回)	
所持資格	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 初任者研修 <input type="checkbox"/> ヘルパー2級 <input type="checkbox"/> 基礎研修 <input type="checkbox"/> その他()	
備考		

【お問い合わせ・お申し込み】

TEL 06-6606-2211 FAX 06-6606-2212

【ご郵送でのお申し込みの場合】

〒546-0024 大阪市東住吉区公園南矢田3-19-12

医療法人 河和会 パークサイドなごみ

担当 : 橘