

介護職員 初任者研修 受講申込書

SUN荒川ふくし塾 介護職員 初任者研修 受講を申し込みます。

申込日 年 月 日

フリガナ			性別			
氏名			男・女			
生年月日	昭和・平成	年	月	日	年齢	歳
フリガナ						
住所	〒 ー 都 県					
※アパート・マンション名、部屋番号まで明記して下さい。						
電話番号	TEL:		FAX又は e-mail:			
	携帯:					

- ・個人情報は、本講座以外の目的に使用致しません。ご提供頂きました個人情報は、弊社個人情報保護方針に従い、厳重に管理致します。
- ・キャンセルに関してはお申込みから9日以内に限りお受け致します。

～お申し込み・お問い合わせ先～

有限会社 ケア・プランニング SUN荒川ふくし塾 事務局

〒116-0002 荒川区荒川4-9-11

TEL:03-3805-6369

担当:茂木

※お申し込みはFAXも可 FAX:03-3805-6379