

令和4年度 重度訪問介護従業者養成研修統合課程 申込書

NPO 法人 自立生活センターとちぎ
理事長 齋藤 康雄

私は、表記講座を受講したいので申込みいたします。

| | | | |
|--|--|--|-------------------|
| 講座日程 希望に○を つけてください | (第1回) 令和4年6月25日、26日、7月2日 (定員となりました) (第2回) 令和4年9月17日、18日、24日 (第3回) 令和4年12月10日、11日、17日 (第4回) 令和5年3月11日、12日、18日 | | |
| ふりがな | | 性別 | 生年月日 |
| 氏名 | | 男・女 | 昭和・平成 年月日(歳) |
| 住所 | 〒 | | |
| 自宅電話 | | 携帯電話 | |
| 資格・免許 | | | 昭和・平成・令和 年月日取得 |
| | | | 昭和・平成・令和 年月日取得 |
| | | | 昭和・平成・令和 年月日取得 |
| | | | 昭和・平成・令和 年月日取得 |
| 受講理由 | | | |
| 福祉・医療 に関する 職歴 | (例) グループホーム〇〇〇荘 平成〇〇年〇〇月〇〇日～現在に至る。 | | |
| ◎定員以下の場合でも受講を希望しますか？ (※定員以下の場合、受講料が変わります) | | <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない | |
| ◎今後の受講連絡を希望しますか？ | | <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない | |

- ・受講決定の通知は上記住所へ郵送させていただきます。
- ・申込書は、下記まで直接ご持参頂くか、郵送かFAXにてお申し込みください。
- ・この個人情報、は、「個人情報保護に関する法律」に基づき適切に取り扱います。

《申し込み先》 〒321-0923 栃木県宇都宮市下栗町2947番地8
イースタンピュア103
特定非営利活動法人 自立生活センターとちぎ
TEL/FAX 028-638-2538