

# 申込書（介護職員初任者研修・18回生）

表記講座を受講したいので申込みします。

日 程	令和5年10月22日～令和6年1月21日		
ふりがな			
氏 名			
住 所	〒		
自宅電話		携帯電話	
生年月日		性別	男性 ・ 女性
申込みの 具体的理由	<input type="checkbox"/> 知識・技術の習得 <input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 家庭介護 <input type="checkbox"/> その他 ..... .....		
資格・免許等			
職 業	<input type="checkbox"/> 介護職員 <input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 無職		
質問・要望等			

☆受講申込みは FAX または郵送にて下記宛にお願いします。

〒850-0079

長崎市みなと坂1丁目5番1号

社会福祉法人 小榎アスカ福祉会 介護職員初任者研修担当 行

TEL 865-9561（渋谷・吉崎） FAX 865-9562