

受講申込書

 FAX 088-655-0463

お振込み等のご連絡をさせていただきます。平日9:00から17:00までの間でご都合のよい連絡先にチェックとお電話番号をお願いいたします。

 自宅

 携帯

 勤務先

令和 年 月 日

講習名等 第1回 短期専門講習「介護職のための薬の知識」

(公財)介護労働安定センター徳島支所長 殿
標記講習の受講を申込みます。

※受付番号 _____

フリガナ			
氏名			
生年月日	昭和 / 平成	年	月 日 (才)
住所	〒 - TEL 自宅: () 携帯: ()		
メールアドレス			
勤務先	勤務先名		
	所在地	〒 - TEL ()	
賛助会 加入有無	※本コースは一般受講料と賛助会受講料を設定しておりますので、お手数ですが該当欄に○印をご記入下さい。		
	<input type="checkbox"/>	賛助会員である	<input type="checkbox"/> 賛助会員でない

<お申し込み方法>

- ①受講申込書に必要事項をご記入のうえ、FAXまたは郵送でお送りください。
 - ②受付確認のため、センターから電話番号050-3538-3565より、お電話させていただきます。
 - ③受講料を下記の口座へ一週間以内にお振込みください。
- ◆取引銀行 阿波銀行 本店営業部
◆口座番号 (普) 1283236
◆口座名義 公益財団法人 介護労働安定センター徳島支所
- ④お振込みいただいた時点で「受講申込」が完了となります。
 - ⑤受講が決定しましたら、『入金確認及び受講決定通知書』をご自宅へお送りいたします。
- ※当講習は介護労働安定センター徳島支所のホームページからもご覧いただけます。