（公財）介護労働安定センター愛媛支部　宛

受講申込書　FAX送信　089-921-1477

同行援護従業者養成研修（一般課程）

【開催日：令和6年11月29日(金)、30日(土)、12月4日(水)、5日(木)　9：30～16：30

フリガナ		生年月日	昭和 平成　　年　　月　　日
氏名			
資格	介護福祉士 ・ 実務者研修 ・ 看護師 ヘルパー1級 ・ ヘルパー2級 ・ 初任者研修 介護支援専門員 ・ 無資格 ・ その他	実務経験 年数 （通算）	年　　ヶ月
自宅住所	〒		
電話番号	TEL ：　　（　　）　　携帯 ：　　（　　）		
E-Mail			
勤務先名		研修ご担当者 氏名	
勤務先 住　所	〒		
電話番号	TEL ：　　（　　）　　携帯 ：　　（　　）		
E-Mail			

※受講案内のメール送付先等をいずれかに【　○　】をしてください。

受講案内等送信先	自宅　・　勤務先

日中連絡先	自宅　・　携帯　・　勤務先

【個人情報について】

◎受講者の個人情報（氏名、住所、電話番号等）は当該講座に関する通知等の送付および講座実施に関する連絡、講座受講の際の本人確認等の範囲で利用いたします。

◎ご提供いただいた個人情報は、プライバシーポリシーに基づき、厳重に管理し、上記目的以外には使用いたしません。

【問い合せ】（公財）介護労働安定センター愛媛支部
TEL089－921－1461　FAX　089－921－1477

受付日	
請求No.	