

受講申込書

【生活援助従事者研修】

FAX送信先: 059-225-5633

(公財)介護労働安定センター 三重支部

(公財)介護労働安定センター三重支部長 殿

標記研修の受講を申し込みます。

氏名	フリガナ		
生年月日	昭和/平成 年 月 日(才)	性別	女・男
〒	—		
TEL 自宅 :	()	FAX	()
携帯 :	()		

受付欄	
この欄は受付 確認欄のため 記入不要	

留意事項

◎ 受講申込みを確認後、受付番号を記入し返送します。研修開催が決定次第、受講決定通知書をお送りいたします。

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、当該研修に関する通知等の送付及び研修実施に関する連絡、研修受講の際の本人確認、新規研修等のご案内の送付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。

【お問い合わせ先】 (公財)介護労働安定センター三重支部

〒514-0009

津市羽所町513 サンヒルズ2階

TEL 059-225-5623 担当:花崎