

申込日 令和 年 月 日

※受付印

受講申込書

FAX

0742-35-2707

※受付番号

6

※欄は記入しないこと

講習名

行動援護従業者養成研修 (令和6年9月12日・18日・25日・10月4日)

以下の太線枠をご記入のうえ FAX 願います

| | | | |
|-------------------------------------|--|---------|-----------------|
| 受講者氏名 | フリガナ | 年齢 | 才 |
| 法人名 | | テキスト購入 | 有 ・ 無 |
| 事業所名 | | メールアドレス | |
| 住所 (送付先) | 注) 受講料請求書兼振込票発送先をご記入ください。 〒 | | |
| TEL / FAX | TEL () / FAX () | | |
| 複数回・複数名お申込みの場合【受講料のお振込み方法】(希望に○印) ➡ | | 一括 | 各回 |
| 入金確認及び受講通知書 FAX 送信先(希望先に○印) ➡ | | 勤務先 | 担当者 () 様宛 ・ 自宅 |
| 資格取得 (該当するものに☑をつけてください) | 福祉・医療分野の経験年数 年 か月 ・ 未経験 | | |
| | 介護・福祉・医療分野での取得している資格 ☐初任者研修 ☐実務者研修 ☐介護福祉士 ☐介護支援専門員 ☐看護師 ☐行動援護従業者養成研修 ☐その他 () | | |
| 備考 | | | |

◎ご記入いただいた個人情報は、当講座の開催に必要な範囲で使用のほか、当センターの事業のご案内に使用させていただきます。ご提供いただいた個人情報は、当センターの規程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。

お申込み・問合せ

公益財団法人介護労働安定センター奈良支部

〒630-8115 奈良市大宮町4丁目266-1 三和大宮ビル2F

TEL 0742-35-2701 / FAX 0742-35-2707

E-mail nara@kaigo-center.or.jp

担当者 鳥谷