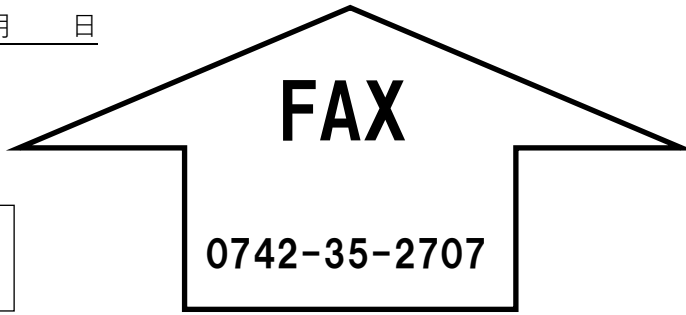


申込日 令和 年 月 日

※受付印

受講申込書



※受付番号

3

※欄は記入しないこと

講習名	<h2>医学の基礎</h2>	(令和9年1月13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	賛助会員有無 どちらかに○印	会員	・	非会員
法人名				テキスト購入 どちらかに○印	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							
<input type="checkbox"/> 初任者研修 <input type="checkbox"/> 実務者研修 <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 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するほか、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 担当者 鳥谷
-----------------	--