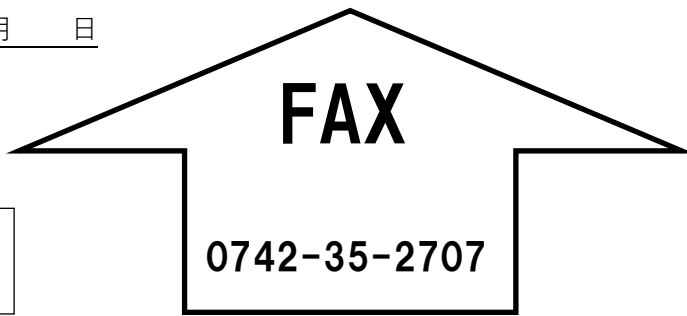


申込日 令和 年 月 日

受講申請書



※受付印

※受付番号

1

※欄は記入しないこと

講習名	認知症ケア ひもときシート研修	(令和 8 年 8 月 27 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		賛助会員有無 (該当に○印)	会員 ・ 非会員
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
-----------------	--