

# 介護職員初任者研修 受講申込書

生活サポーターおりづる  
〒 743-0041 光市丸山町1-12  
FAX番号 0833-74-2004

※ お申込みは郵送またはFAXにてお願いします。

受 付 年月日	平成	年	月	日 ( 曜日 )
お申込日				
ふりがな				
氏 名				
住 所	〒			
生年月日				
電話番号				
FAX番号				
携帯番号				
メールアドレス				
実務経験	※ お仕事として介護経験のある方のみご記入ください			
受講料納付について	※ いずれかに○印をお付けください			
	① 事前振込			② 開校日当日持参