

8/22 受講生配布

# 介護職員初任者研修 研修申込書

フリガナ		ご記入日			西暦			年	月	日	性別
フリガナ		生年月日									性別
氏名		西暦	年	月	日					男・女	
住所	( 〒 - )										
連絡先	自宅					携帯					
	FAX	有	無			FAX 番号					
メール アドレス	@										
研修会場	長津田 ・ 上大岡										
ご希望 コース	第 y88 回 11 月 7 日 開講コース										
支払方法	<input type="checkbox"/> 一括払い										
	<input type="checkbox"/> 2分割 (分割手数料2000円)										
	<input type="checkbox"/> 3分割 (分割手数料3000円)										
(任意) どこで当学院を 知りましたか?	<input type="checkbox"/> 職場			<input type="checkbox"/> 知人			<input type="checkbox"/> SNS等				
	<input type="checkbox"/> 折込チラシ			<input type="checkbox"/> インターネット検索			<input type="checkbox"/> その他 ( )				
※事務局 記入欄	説明会		事業所			その他					

FAXか郵送にてお申し込みください。  
ホームページからもお申込み可能です。

FAX 045-989-2652

【お問合せ・連絡先】 特定非営利活動法人 かながわ福祉保健学院

〒226-0027 横浜市緑区長津田6-11-22-2F TEL 045-989-2650 FAX 045-989-2652