

介護職員初任者研修 (受講申込書)

申込日(H 年 月 日)

| | | | | |
|-----------------------------|--|-----------|-------|----|
| ふりがな | | 生年月日 | | 年齢 |
| 氏名 | | 西暦 | 年 月 日 | 才 |
| | | (昭和 平成 年) | | |
| 決定通知送付先住所 | | | | |
| 〒 | | | | |
| TEL | | FAX | | |
| メールアドレス | | | | |
| 事業所名 (事業所に所属している方はお書きください。) | | | | |
| 事業所名 | | | | |
| 住 所 〒 | | | | |
| TEL | | FAX | | |

- 申込書に必要事項をご記入の上、FAX又は郵送でお申込み下さい。

申込先：〒273-0047

千葉県船橋市藤原 8-17-2

社会福祉法人 千葉県福祉援護会 教育事業部

TEL：047(429)6871 FAX：047(430)0004

- 受講申込書と、氏名・生年月日が確認できるもの（運転免許証・健康保険証・住民票・パスポート等の写し）と健康診断書（6カ月以内）を一緒に提出願います。
- 締切日：5月25日（金）必着
- 決定通知書は郵送にてご通知いたします。
- 受講料：講義、指導等 40,000円
テキスト代 5,400円 合計 45,400円を5月25日（月）までに下記の銀行口座までご入金願います。

千葉銀行 二和向台支店 口座番号 3534577
社会福祉法人 千葉県福祉援護会 介護員養成研修事業

- 不明点は、上記教育事業部にご連絡願います。