

特定非営利活動法人 さざなみの会 福祉用具専門相談員指定講習会 受講申込書

申込日：平成 年 月 日

特定非営利活動法人 さざなみの会行き

FAX 0985-29-8346

ふりがな		性別	生 年 月 日	年 齢
氏 名	Ⓜ	男・女	昭和・平成 年 月 日	歳
現 住 所	(〒 -)			
連 絡 先 * 確実に連絡が 取れる番号をお 知らせ下さい。	ご自宅/携帯電話			
	その他連絡先			
職 業	<p>* いずれかに☑を入れてください。</p> <p><input type="checkbox"/> 会社員</p> <p><input type="checkbox"/> 福祉用具貸与、販売従業者 (勤務先名：)</p> <p><input type="checkbox"/> パート・アルバイト</p> <p><input type="checkbox"/> 学生</p> <p><input type="checkbox"/> 無職</p>			
受講料入金者	<p>* いずれかに☑を入れてください。</p> <p><input type="checkbox"/> 申込者本人</p> <p><input type="checkbox"/> 勤務先 (振込名義：)</p> <p><input type="checkbox"/> その他</p> <p>* 申し訳ございませんが、入金予定日をお知らせ下さい。 平成 31 年 月 日</p>			

* 後日、当法人より受講決定通知書を現住所に送付させていただきます。その際に、受講料納付に関するご案内をさせていただきます。

* 個人情報について

ご記入いただいた個人情報は、研修以外の目的には使用いたしません。