

ご不明な点があればお気軽にお電話ください ☎ 0985-65-8222 濱崎（はまさき）

申込みFAX番号：0985-65-3560

特定非営利活動法人さざなみの会 介護職員初任者研修  
受講申込書

◆ 必要事項を記入の上、FAXにてご返信ください。

コース	<input type="checkbox"/> 8月コース <input type="checkbox"/> 10月コース		
ふりがな		申込日	R. 年 月 日
氏名		性別	
生年月日	( 昭和・平成 年 ) 西暦 年 月 日 歳		
現住所	〒 -		
連絡先	(自宅または携帯電話)		
職業	<input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 介護職員 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
勤務先			
勤務先TEL		勤務先FAX	
当研修を知ったきっかけ	<input type="checkbox"/> インターネット検索 <input type="checkbox"/> 当法人ホームページ <input type="checkbox"/> FAX案内 <input type="checkbox"/> 郵送案内 <input type="checkbox"/> 勤務先の紹介 <input type="checkbox"/> 知人の紹介 <input type="checkbox"/> その他 ( )		

◆ ご提供いただきました個人情報は、研修以外の目的には使用いたしません。

◆ 受講料のお支払方法は銀行振込です(振込先は下記の通り)。※お振込手数料はお客様負担となります。

振込先	
金融機関	宮崎銀行 国富支店
<input type="checkbox"/> 座番号	普通 86397
<input type="checkbox"/> 座名義	特定非営利活動法人さざなみの会 理事長 有馬佳孝
フリガナ	トクテイヒエイリカツドウホウジンサザナミノカイ リジチョウ アリマヨシタカ
振込名義人と申込者名が異なる場合は、右記にご記入ください。	フリガナ
	振込予定日 R. 年 月 日

◆ 上記「振込予定日」をご記入願います。