

申込みFAX番号：0985-65-3560

特定非営利活動法人さざなみの会 介護福祉士実務者研修
受講申込書

◆ 必要事項を記入の上、FAXにてご返信ください。

ふりがな			申込日	R.8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)			
E-mail				
所有資格	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 介護職員初任者研修 <input type="checkbox"/> 訪問介護員1級 <input type="checkbox"/> 訪問介護員2級 <input type="checkbox"/> 訪問介護員3級 <input type="checkbox"/> 介護職員基礎研修			
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、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
口座番号	普通 86397
口座名義	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.8年 月 日

◆ 上記「振込予定日」をご記入願います。