

特定非営利活動法人えがく主催

重度訪問介護従業者養成研修（基礎・追加課程）受講申込書

※受講希望者が介護派遣事業所に所属されている場合は、受講者ご本人ではなく事業所の担当者様による記入・送付をお願いいたします。

(フリガナ) 氏名	(フリガナ)
住所 (マンション名まで記入)	〒
電話番号 (必ず連絡のつくもの)	( ) -
FAX 番号	( ) -
生年月日	年 月 日
性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
所属事業所	<input type="checkbox"/> 所属事業所あり <input type="checkbox"/> 所属事業所なし
(フリガナ) 所属事業所名	(フリガナ)
所属事業所住所	〒
所属事業所電話番号	( ) -
所属事業所 FAX 番号	( ) -
修了証明書送付先	<input type="checkbox"/> 所属事業所 <input type="checkbox"/> ご本人
受講希望月	( )月 開講分
現場実習希望日	※開催のご案内記載の候補日の中から選んでご記入をお願いします。
資格取得後の予定 ※お答えできる範囲で	介助派遣先 月( )人/件 予定 派遣時間 月( )時間 予定
その他 (疑問質問等ございましたら)	

●お申込みお問い合わせ TEL/FAX 075-874-7356