

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