

(別紙1)

※研修生番号

実務者研修 受講申込書

記入日 平成 年 月 日

フリガナ		生年月日	昭和・平成	年	月	日
氏名	印	年齢	歳	性別	男・女	
住所	〒					
電話番号						
職務歴	年	月	履 歴			
保有資格	<input type="checkbox"/> 無資格 <input type="checkbox"/> ホームヘルパー2級 <input type="checkbox"/> ホームヘルパー1級 <input type="checkbox"/> 介護職員初任者研修 <input type="checkbox"/> 介護職員基礎研修					
申込コース (開講月)	コース名	期 間			スクーリング時期	
	<input type="checkbox"/> 5月コース	平成26年5月1日～平成26年10月31日			平成26年8月	
	<input type="checkbox"/> 6月コース	平成26年6月1日～平成26年11月30日			平成26年9月	
	<input type="checkbox"/> 7月コース	平成26年7月1日～平成26年12月31日			平成26年10月	
	<input type="checkbox"/> 8月コース	平成26年8月1日～平成27年1月31日			平成26年11月	
	<input type="checkbox"/> 9月コース	平成26年9月1日～平成27年2月28日			平成26年12月	
<input type="checkbox"/> 10月コース	平成26年10月1日～平成27年3月31日			平成27年1月		

【申 込 先】

郵 送 先 : 〒893-0055
鹿児島県鹿屋市野里町 2486 番地

F A X : 0994-36-6001

【お問合せ先】

一般社団法人 波之上会
電 話 番 号 : 0994-36-6000
(受付時間 月曜日～金曜日 9:00～17:00)