

整理番号

## 名瀬徳洲会病院 介護福祉士養成実務者研修（通信課程）受講申込書

記入日	年 月 日			写真貼付欄 3cm×4cm			
フリガナ						印	性 別
氏 名							男 • 女
生年月日	年	月	日			年 齡	満 歳
住 所	〒 一						
電話番号	自 宅		携 帯				
最終学歴							
勤務先	事業所名		介護従事 年数				
	住 所						

希望 受講開始月	第一希望	第二希望	※開催月は 5月・6月です
	月	月	

※未成年の方のお申込みには、保護者の同意が必要です

介護福祉士養成実務者研修の受講申込に、同意致します。

(保護者名) \_\_\_\_\_ 印

備 考