

FAX送信

# 介護職員初任者研修申込書

**参 加 申 込 書**

お申込み締め切り日 / 2019年9月24日まで

必要事項をご記入の上、送信ください。以降の申込みについては、直接お持ちこみください。

**FAX送信先：072-268-5201**

ライフハーモニー介護スクール「介護職員初任者研修」(通信) 担当者宛

ご希望のコースの番号に○をお付けください。

1	初任者研修(通信) 平日コース(期間: 2019.10.1 ~12.19)
---	---------------------------------------

## お客様情報記入欄

フリガナ		年齢	
お名前		職業	
ご住所	〒		
電話番号			
FAX番号			
携帯番号			
※E-mail			
入金方法 (いずれかに○日付を記入願います)	1 直接		
	2 口座振込 (お申し込み後振込先を連絡いたします)		

※お申込みいただきました氏名等の個人情報、今回の研修以外の目的では使用致しませんので、ご安心ください。

※最低実施人数に満たない場合は実施を見合わせる可能性がありますので予めご了承ください。