

学校法人松樹学園 平成27年度介護職員初任者研修 申込書

フリガナ 氏名			生年 月日	S H 年 月 日生 (歳)	
住所	(〒 —)		連絡先 Tel 番号	☎ (携帯) FAX E-mail	
医療介護 の経験	職種	経験年数	取得 資格	取得資格名	取得年月
		年			年 月
		年			年 月
		年			年 月
		年			年 月
		年			年 月
現在の職業			勤務先		

介護職員初任者研修の受講を申し込みます。

平成27年 月 日

氏名 _____ 印

郵送先： 〒399-0733

長野県塩尻市大門三番町4番24号 信州介護福祉専門学校

介護職員初任者研修 (担当：芝田)

FAX (0263) 87-0016

※事務欄		
受講料入金確認	入金日： 平成27年 月 日	金額： 円
本人確認	済 () 未	確認日： 月 日