



# 純正会 介護職員初任者研修

## 受講申込書

Fax送信先: 052-744-3919

記入日: 年 月 日

お名前 (必須) :

ふりがな (必須) :

性別 : 男性 · 女性

生年月日 (必須) : 西暦 年 月 日

住所 (必須) :

連絡先電話番号 (必須) : — — —

メールアドレス : @

介護実務経験の有無 : あり · なし

実務経験職種 :

実務経験年数 : 年 ヶ月

現在の職業 :

### 《受講申込方法》

Fax: 052-744-3919 へ送信

もしくは、純正会研修センター 研修運営担当宛てに  
郵送いただけますよう、よろしくお願いします。

《お問い合わせ・郵送先 : 純正会研修センター》

〒 464-0858 名古屋市千種区千種二丁目3番24号 サンエースビル 1階

Tel: 052-744-3909 Fax: 052-744-3919 研修運営担当:(研修センター)加藤容子 野々山善久