純正会介護職員初任者研修　受講申込書

申込日　令和　　年　　月　　日

フリガナ		性別	生年月日	満年齢
氏名		男・女	昭和 平成　　年　　月　　日	歳
住所	〒（　　ー　　）			
連絡先	自宅　（　　）　　ー		携帯　　ー　　ー	
メールアドレス	＠			
介護職 実務経験	有　➡　・　施設　/　通所系　/　訪問系　/その他（　　） ・経験年数　（　　年） 無			
現職業				

《個人情報の取扱いについて》
ご記入いただいた内容は、講座の受講に係る業務以外の目的には利用いたしません。

《受講までの流れ》
① お申込み
Webサイト / FAX / 郵送 にて受け付けております。
※ 講座開始まで1週間以内の場合はお電話にてお問合せください。

② 受講料のお振込み
お振込み方法は、お申込み受付後にご案内いたします。

③ 受講開始
初日にテキストを配布いたします。

《お申込み・お問合せ》　　担当 : 加藤

〒464－0858　名古屋市千種区千種2丁目3番24号
サンエースビル　純正会研修センター

TEL :（052）744－3909　　FAX :（052）744－3919