

お申し込みはF a x 又は郵送、web サイトにてお願いします。

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	印		昭和 平成 年 月 日	歳
現住所（必須）	〒（ - ）			
連絡先（必須）	自宅☎（ ）	-		
	携帯☎（ ）	-		
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（ 年位） 無			
現職業				

お申し込み後から受講迄の流れ

① お申込み

（Fax 又は郵送 講座開始日迄 1 週間を切っている時はまずお電話を。Web サイトからも可能 <https://www.med-junseikai.or.jp>）

② 受講料お振込み（お申込み受付後、手続方法等ご連絡いたします。）

③ 研修期間 令和 5 年 1 月 12 日（木）～令和 5 年 3 月 17 日（金）週 2 日 申込・連絡先

〒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

☎（052）744-3909（加藤）

募集開始 11 月 1 日（火曜日）～12 月 23 日（金曜日）まで

FAX 送信先（052）744-3919