ＪＭＳ

お申し込みはＦａｘ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。）

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（水曜日）～12 月 28 日（木曜日）まで

FAX 送信先（052）744－3919