

## 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		生 年 月 日	
氏 名 (必須)		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 実務経験の有無	無 有 → 施設系 GH 通所系 訪問系 その他 (        ) 経験年数 (        年)		
現職業			

(個人情報の取り扱いについて)

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。

研修期間 7月7日(木曜日)～9月9日(金曜日) 週2日 木・金曜日 9時～17時

募集期間 5月9日(月曜日)～6月30日(木曜日)

受講料 58,300円(税込み) 受講決定通知後、指定口座に振込をしてください。

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)

e-mail [y.kato@med-junseikai.or.jp](mailto:y.kato@med-junseikai.or.jp)

(Fax 又は郵送 e-mail 講座開始日迄 1週間を切っている時はお電話を)

講義会場 名古屋市千種区千種2丁目3-24 サンエースビル1階研修室

## FAX 送信先 (052) 744-3919

募集開始 5月9日(月曜日)～6月30日