

お申し込みはF a x、e-mail 又は郵送にてお願いします。

J M S

介護・看護補助者フォローアップ研修受講申込書

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	@			
受講希望番号 1～9	希望研修日 & 希望番号	希望研修日 & 希望番号	希望研修日 & 希望番号	希望研修日 & 希望番号
備考				

お申込み

(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。)

受講料 1日単位 4,400円 指定口座に振り込み

三菱UFJ銀行 名古屋駅前支店

普通口座 0454404 株式会社純正会メディカルサービス

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

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)～各開講日1週間前まで