

社会福祉法人城ヶ崎いこいの里 介護職員初任者研修受講申込書

申込日 年 月 日

社会福祉法人城ヶ崎いこいの里 御中

社会福祉法人城ヶ崎いこいの里介護職員初任者研修を受講したいので申し込みます。

フリガナ			
氏名		性別	男・女
生年月日	昭和・平成 年 月 日生	年齢	歳
フリガナ			
住所	(郵便番号 -)		
電話番号	(自宅) (携帯)	(日中電話対応が不可能な時間帯)	
職業	・学生 ・主婦 ・会社員 ・介護職 ・その他 ()		
受講の動機			

【お申込方法】

この用紙をFAX送付 (**FAX番号:0557-51-5888**まで)
または郵送してください。

(郵送先: 〒413-0231 伊東市富戸1219-5 城ヶ崎いこいの里まで)

【お申込の注意点】

- 申込書受付後、担当者より受付確認のお電話をさせていただきます。
- 3月初旬に、受講決定の可否について郵送いたします。
- 定員により、ご希望者多数の場合、受講できない場合もございます。
あらかじめご了承のほどお願いいたします。

受付