

介護基礎研修 受講申込書

【申込先】

〒444-0802
岡崎市美合町字下長根2番地1
(福)岡崎市福祉事業団 施設サービス課総務班 行
電話 55-0182 FAX 55-0156

※郵送またはFAXにてお申し込みください。

申込期限：令和3年1月22日（金） 必着

※定員以上のお申込みがあった場合は、先着順にて受講者を決定させていただきます。

申込日 年 月 日

フリガナ			
氏名			
生年月日	昭和 ・ 平成	年	月 日
住所	〒 ー		
電話番号	自宅 () ー	連絡のつく時間帯	時頃
	携帯 ー ー	連絡のつく時間帯	時頃
職業	<input type="checkbox"/> 勤労者（フルタイム） <input type="checkbox"/> 勤労者（パートタイム） <input type="checkbox"/> 主婦 <input type="checkbox"/> 大学生・短大生・専門生 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> その他 ()		
希望日	希望する日にチェック <input checked="" type="checkbox"/> をしてください。 <input type="checkbox"/> 2月15日（月） 9：00～12：30 会場：南部地域福祉センター <input type="checkbox"/> 2月16日（火） 13：00～16：30 会場：高年者センター岡崎 <input type="checkbox"/> 2月17日（水） 9：00～12：30 会場：北部地域福祉センター		

○受付時の注意事項

- ・ 受講決定通知については受講日の10日前までに郵送します。
- ・ 取得した個人情報は、本研修に関する以外に使用しません。

