

受講者氏名 (性別)	フリガナ	生年月日
	(男・女)	S・H 年 月 日
勤務先	法人名	
	施設名	
	住所 〒	
	電話 ( )	FAX
	施設の種別 1. 老人福祉施設 2. 介護老人保健施設 3. 障害者施設 4. その他 ( )	
連絡先	住所 〒	
	Email: _____ ※必須	
	電話 ( )	FAX
受講希望	①全日程(4回)	
	②選 択 第 回 ( 月 日 ) ・ 第 回 ( 月 日 ) 第 回 ( 月 日 ) ・ 第 回 ( 月 日 )	
受講料支払い	・一括納入      ・分割(単回)支払い _____ 回分 合計                  円	
会員 ・ 非会員 (いずれかに○印)	・会員(会員No. _____ )      ・非会員	
<b>【ご担当者 記入欄】</b> 事業所名及び役職名    氏名 _____		

\*申込者の個人情報は、介護福祉士基本研修の運営目的以外には使用いたしません。

Email : info@miyagi-kaigo.jp

締切日：令和4年11月28日(月)必着