

平成24年度 訪問介護員養成研修 2級課程 受講申込書

No. _____

ふりがな 氏名		生年	昭和	年	月	日	性	男
		月日	平成		(	才)	別	女
自宅 住所	〒 _____	電話番号		()		
		FAX		()		
職歴 (最終職歴)	勤務先		電話番号		()	
	昭和・平成		年	月	に退職 (退職予定)			
介護の経験	訪問介護の経験	有(	年)	無	(○をつける)			
	施設介護の経験	有(	年)	無				
	家庭介護の経験	有(	年)	無				
研修に参加する動機や目的をお書き下さい。								

利用の有無(○をつけて下さい)

駐車場 ・ 不要

※送迎バスはありません。鴻巣市コミュニティバス「フラワー号」を利用して下さい

◎申込方法: 郵送・FAXまたは来所

◎FAX: 048-548-8440

◎問い合わせ・郵送先: 〒369-0113 鴻巣市下忍4450

社団法人埼玉県看護協会 埼玉高齢者介護研修センター

訪問介護員養成研修担当者宛 (TEL048-548-8333)

※提出いただいた個人情報については、本研修の実施運営に関わる作業を目的として使用し、それ以外の目的では使用いたしません。