

介護技術講習会仮申込書

申し込み日 年 月 日

ふりがな			
氏名 (姓)	(名)		
生年月日	昭和 年 月 日生		
年齢	満 歳	性別	男 ・ 女
郵便番号			
住所			
自宅電話番号	— —		
携帯電話番号	— —		
FAX番号	— —		
受験予定国家試験	第 回 (平成 年)		
勤務先名 (在学中の場合 は学校名)	名称		
	〒		
	住所		
	電話番号		
教育訓練給付制度利用希望	教育訓練給付制度を 利用する 利用しない (どちらか選択ください)		

*平成23年に実施される国家試験は第23回になります。

*ご記入いただいた情報は、介護技術講習会に関する事柄のみに使用させていただきます。

*複数名のお申し込みの場合はお手数ですがコピーをお願いいたします。

ご希望の受講日

受講可能な受講日を希望順の番号で記入してください。

(第1希望を1、第2希望を2、第3希望を3、第4希望を4、第5希望を5)

希望講習に希望順で数字を記入してください		講 習 日 程	定 員
	第1回	4/29(木)・5/15(土)・22(土)・6/5(土)	40名
	第2回	6/19(土)・7/3(土)・10(土)・22(木)	40名
	第3回	8/3(火)・10(火)・17(火)・24(火)	40名
	第4回	8/5(木)・12(木)・19(木)・26(木)	40名
	第5回	10/2(土)・16(土)・30(土)・11/13(土)	40名

受講日決定の通知は、FAXにて行いますので自分宛に受け取ることが出来るFAX番号を記入してください。

FAX番号がない場合は、郵送にて通知を行いますが、手続きが遅くなる場合がありますのでご了承ください。

FAXの送信は送り状無しでお願いいたします。

申込 FAX 番号 0 9 5 7 - 2 3 - 8 2 1 6

九州環境福祉医療専門学校長崎校 介護技術講習会事務局