

介護技術講習会仮申込書

申し込み日 22 年 3 月 3 日

ふりがな	きゅうしゅう	ふくこ
氏名	(姓) 九州	(名) 福子
生年月日	昭和 39 年 4 月 29 日生	
年齢	満 45 歳	性別 男・女
郵便番号	854-0022	
住所	諫早市幸町52-7	
自宅電話番号	0957-23-7783	
携帯電話番号	090-1234-5678	
FAX番号	0957-23-8216	
受験予定国家試験	第 23 回 (平成 23 年)	
勤務先名	名称 特別養護老人ホーム ひまわりの園	
(在学中の場合 は学校名)	〒 854-0022	
	住所 諫早市幸町52-7	
	電話番号 0957-23-7783	
教育訓練給付制度利用希望	教育訓練給付制度を <input checked="" type="radio"/> 利用する <input type="radio"/> 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	定員
1	第1回 4/29(木)・5/15(土)・22(土)・6/5(土)	40名
3	第2回 6/19(土)・7/3(土)・10(土)・22(木)	40名
(参加不可は空欄)	第3回 8/3(火)・10(火)・17(火)・24(火)	40名
4	第4回 8/5(木)・12(木)・19(木)・26(木)	40名
2	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 0957-23-8216**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**