



まはえ介護の学校

FAX 054-277-1703

令和6年度 介護職員初任者研修養成講座 受講申込書

受講希望回に ○をつけて下さい	第1回 (4/2スタート)	・	第2回 (9/3スタート)
--------------------	------------------	---	------------------

フリガナ			
氏名			
生年月日	昭和・平成 年 月 日 ( 歳 )	性別	男・女
住所	〒 電話 携帯		
勤務先	勤務先		
	所在地	〒 電話	
領収証宛名 (ご希望に○をつけて下さい)	受講者名	・	会社名
案内書郵送先 (ご希望に○をつけて下さい)	ご自宅	・	勤務先
通学方法 (ご希望に○をつけて下さい)	車通学を希望する	・	しない

※個人情報適切に管理し、当該研修の参加申し込み手続き以外の用途には使用いたしません。

※先着順となりますので、定員に達した際は早期に募集を終了する場合があります。

**お申込み方法**

上記の受講申込書を下記の連絡先に郵送又は FAX にて送付してください。

(お電話でのお申込みも可能です)

**お問い合わせ先**

有限会社 まはえ (担当: 荒木 宮原)

〒421-1213 静岡市葵区山崎2丁目2-8

TEL: 054-207-8963 FAX: 054-277-1703