

お申込み

FAX番号 : 011-748-6221

E-mail : aas49970@par.odn.ne.jp

特定非営利活動法人 ホップ障害者地域生活支援センター
重度訪問介護従業者養成研修（基礎・追加課程）受講申込書

令和3年8月26日（木）・27日（金）開催

申込日：令和 年 月 日

フリガナ				性別		
氏名				男 ・ 女		
生年月日	西暦	年	月	日	年齢	歳
住所	〒					
TEL	()	—	携帯番号	()	—	
FAX				E-mail		
所属団体				運転免許証	有 ・ 無	
介護系資格	有 ・ 無	(有の場合) 資格名				
テキスト	購入・持込	科目免除	※事務局記載			