

介護入門的研修申込用紙

ふりがな	
氏名	
住所	〒
生年月日	昭・平 年 月 日
電話番号	※ 日中連絡のつく番号を記入してください。
施設見学の 希望の有無	<p>1. 見学を希望する</p> <p style="padding-left: 40px;">A：日帰りサービスを行っている事業所 (デイサービス)</p> <p style="padding-left: 40px;">B：泊まりサービスを行っている事業所 (グループホーム)</p> <p style="padding-left: 40px;">C：A、Bどちらでもかまわない</p> <p>2. 見学を希望しない</p> <p>※ 見学を希望される方は、サービス事業所の種類も 選択してください (A～Cのいずれか1つ)。</p>

電話、FAX、郵送、電子メールまたは持参にて申し込みください。
(担当：草薙、武藤)