

平成 22 年度 潜在的有資格者等支援事業 受講申込書

① 研修の種別 (例・・研修 A)	「潜在」研修
② 郵便番号・住所	〒
③ 氏名 (ふりがな)	(ふりがな)
④ 電話番号	自宅--TEL: 携帯--TEL:
FAX 番号 (勤務先可)	FAX:
⑤ 勤務先名	
研修 C-1 を希望の方 (どちらかに○を付けてください)	テキスト<介護福祉士受験ワークブック上・下> (合計税込 5,880 円) 要 ・ 不要
	11/20 (土) 共通模擬試験 (費用別途 6,000 円) 希望する ・ 希望しない

《申し込み方法》

FAX のみ受け付けます。定員になり次第締め切ります。電話での受付は致しません。

▼FAXでの申し込み方法 (下記の内容を必ずご記入ください。)

- ①研修の種別 (例: 研修 A、B、C - 1) *研修の前に「潜在」と記入してください。
- ②郵便番号・住所
- ③氏名 (ふりがな)
- ④電話番号 (自宅と携帯)、FAX のある方は FAX 番号 (必ず連絡のつく電話番号などを記入してください。)
- ⑤勤務先名

*受付が完了しましたら、研修案内をお送りします

今治明德短期大学 / 〒794-0073 愛媛県今治市矢田甲 688

FAX : 0898-22-7857