

介護福祉士実務者研修通信課程 申込書

※該当するものに、☑をしてください。

コース	<input type="checkbox"/> 2月コース <input type="checkbox"/> 4月コース <input type="checkbox"/> 6月コース <input type="checkbox"/> 10月コース		
申込日	(西暦) 年 月 日		
フリガナ			
氏名			
生年月日	(西暦) 年 月 日	(満 歳)	性別 男・女
現住所	〒 —		
連絡先	自宅 TEL	—	—
	携帯 TEL	—	—
	メールアドレス	@	
緊急連絡先	氏名	(続柄)	
	電話番号	—	—
所有資格等	<input type="checkbox"/> 資格無 <input type="checkbox"/> ホームヘルパー2級 <input type="checkbox"/> 初任者研修 (有資格者は資格証のコピーを添付してください)		
※未成年者の方は、保護者の同意が必要です。			
介護福祉士実務者研修 通信課程の受講申込に同意いたします。 保護者 氏名 _____			



【ご郵送先】

ウエストライフ介護福祉士実務者研修 通信課程
 〒814-0143 福岡市城南区南片江六丁目12番1号
 TEL 092-865-4126(平日 9:00~18:00)