

重度訪問介護従業者養成研修 参加申し込み書

記入日： 年 月 日

ふりがな		性別	
お名前			
ご住所	〒		
生年月日	(昭和 ・ 平成) 年 月 日 (歳)		
連絡先	TEL () — (ご自宅 ・ 所属先)		
	FAX () — (ご自宅 ・ 所属先)		
所属先	※現在、所属している事業所や機関がありましたらご記入ください。 (職種)		
実習希望先	※○をつけてください ・ 現在、所属している事業所又は自らの指定する次の事業所で行いたい (事業所名： 連絡先：) ・ 社会福祉法人キャマロードの指定する事業所で、次の日に実習を行いたい 実習希望日： () (10月1日から31日までの土日祝日を除く日のうち、都合の良い日をすべて記入してください)		

申し込み 締め切り:平成29年9月18日(必着)

※この申込書に記入された個人情報は、本研修会以外の目的に使用しません。

【申し込み先】

社会福祉法人キャマロード 法人事務局
〒226-0022 横浜市緑区青砥町220-1

FAX: 045-937-6062

担当：太田