

介護後保険事務士上級養成講座受講申込書

申込日 年 月 日

(申し込み先)

福岡シティ福祉サービス

〒819-0005

福岡市西区内浜1-3-39 山根ビル405

TEL : 092-883-9144 担当 白石

下記の必要事項を記入して、左記申し込み先まで

FAX : 092-883-1142

FAXまたは郵送でお申し込みください。

希望受講地 ☑を入れてください	<input type="checkbox"/> アミカス <input type="checkbox"/> クローバープラザ <input type="checkbox"/> ウエルとばた <input type="checkbox"/> 自施設内		
受講期日	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日		
フリガナ			
氏名			
生年月日	明大 昭平 年 月 日	性別	男 女
フリガナ			
自宅住所	〒 都道 府県		
TEL		携帯電話	
FAX		Eメール	
フリガナ			
勤務先名			
フリガナ			
勤務先住所	〒 都道 府県		
TEL		Eメール	

* 受講者の個人情報（氏名、住所、電話番号等）は、当該講座に関する通知等の送付および講座実施に関する連絡、講座受講の際の本人確認の範囲で利用いたします。