

ベストケア株式会社 介護職員初任者研修 申込書

平成 年 月 日

※修了証書で正式な漢字&フリガナ必要になりますので、略字などで書かないようにして下さい。

ふりがな	
氏名	
郵便番号	
住所	TEL(携帯) (自宅)
生年月日	昭和 ・ 平成 年 月 日生 (歳)
割引対象者	1. 特養等の介護職員等の経験者 (1年以上で実習免除)
	2. 都道府県・市町村その他公的団体の実施する在宅サービスに係る研修受講者
	3. 学生(学校名)
	4. 早割(3か月以上前申込み)
	5. 複数割 (2~4名) ※グループ全員同じ開講月に受講 グループの方の名前 ()
	6. 団体割 (5名以上) ※グループ全員同じ開講月に受講 グループの方の名前 ()
受講希望講座	1. 平成29年 5月1日開講の講座を受ける
	2. 平成29年11月1日開講の講座を受ける

申込書送付先

〒 790-0964

愛媛県松山市中村2丁目7-33

ベストケア株式会社 担当 森まで

TEL 089-998-3080

FAX 089-998-3090

提出書類

1. 申込書
2. 誓約書
3. 受講内容確認書