

平成29年度 すこやか介護講座

受講申込書

申込日：平成 年 月 日

講座名		開催日	
フリガナ		年齢	歳
氏名		性別	男・女
決定通知書 希望送付先	自宅・勤務先 ※いずれかに○印をして、住所をご記入ください。		
	(〒)		
	TEL :	FAX :	
勤務先 名称			
職種		経験年数	
備考			

*受講決定者には、申込み締切後に受講決定通知書を送付します。

*今回いただいた個人情報については、本講座以外の目的には使用いたしません。

お申し込みの講座について、ご意見がありましたらご記入ください。

★学びたいこと、知りたいことなど

★悩んでいること、困っていることなど

送付先

公益財団法人 長崎県すこやか長寿財団 介護実習・普及課
〒852-8104 長崎市茂里町3-24 長崎県総合福祉センター県棟3階
TEL : 095-847-5212 FAX : 095-847-6181