



まはえ介護の学校

FAX 054-277-1703

令和6年度 第1回 介護福祉士実務者研修 受講申込書

フリガナ			
氏名			
生年月日	昭和・平成 年 月 日 (歳)	性別	男・女
住所	〒 電話 携帯		
勤務先	勤務先		
	所在地	〒 電話	
領収証宛名 (ご希望に○をつけて下さい)	受講者名	・	会社名
案内書郵送先 (ご希望に○をつけて下さい)	ご自宅	・	勤務先
通学方法 (ご希望に○をつけて下さい)	車通学を	希望する	・ しない

介護資格をお持ちの方 ※資格証のコピーを添付して下さい。

(保有資格の箇所にレ点をつけて下さい)

	介護職員基礎研修
	ヘルパー1級
	ヘルパー2級
	介護職員初任者研修
	資格なし
	その他 ()

※個人情報適切に管理し、当該研修の参加申し込み手続き以外の用途には使用いたしません。

※先着順となりますので、定員に達した際は早期に募集を終了する場合があります。

お申込み方法

上記の受講申込書を下記の連絡先に郵送又は FAX にて送付してください。

お問い合わせ先

有限会社 まはえ (担当: 荒木 宮原)

〒421-1213 静岡市葵区山崎 2丁目 2-8

TEL : 054-207-8963 FAX : 054-277-1703