



まはえ介護の学校

FAX 054-277-1703

令和 7 年度 介護職員初任者研修養成講座 受講申込書

受講希望回に ○をつけて下さい	第 1 回 (4/8 スタート)	・	第 2 回 (9/2 スタート)	・	第 3 回 (R8/2/2 スタート)
--------------------	---------------------	---	---------------------	---	------------------------

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

※個人情報 は適切に管理し、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。

(お電話でのお申込みも可能です)

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