

社会福祉法人 桜花会
サクラッコ 介護職員初任者研修

受講申込書

2021年11月コース

私は、上記の講座の受講を申し込みます

記入日 年 月 日

フリガナ	
氏名	
生年月日 <small>西暦・和暦両方ご記入ください</small>	西暦 年(昭和 年・平成 年) 月 日
住所	〒 ー
連絡先 <small>(※自宅か携帯を必ずご記入ください)</small>	自宅電話 ※
	携 帯 ※
	F A X
	メールアドレス
本講座は何でお知りになりましたか <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> チラシ <input type="checkbox"/> 当法人職員及び関係者 <input type="checkbox"/> その他()	

【特定一般教育訓練給付制度をご利用の方は、お早めにハローワークへお問合せください】

お子様の一時預かりをご希望の方は、別途、ご相談ください(別途費用が必要です)

※個人情報の取り扱いについて

記載された個人情報に関しては、次の事項に使用させていただきます。

- ・教材の発送、学習に関する連絡、学習資料の送付
- ・受講者の登録及び管理
- ・本法人が実施する福祉事業、研修事業のご案内
- ・個人を特定されない形での統計的資料の作成

FAX 072-415-2686