

# 福祉村介護職員初任者研修講座申込書

氏名	フリガナ	性別	男・女
生年月日 (年齢)	昭和・平成 年 月 日 ( 歳)		
住所	〒		
電話番号	自宅： 携帯： FAX：		
受講の動機	① 介護の仕事に就きたい <input type="checkbox"/> ② 家族の介護に活かしたい <input type="checkbox"/> ③ 資格を取得したい <input type="checkbox"/> ④ その他 ( )		
コース	<input type="checkbox"/> 夜間(火・木)コース <input type="checkbox"/> 昼間(日)コース <input type="checkbox"/> 昼間(水)コース		
備考 (何かありましたら ご記入ください)			

## 福祉村ケアスクール

〒421-0115 静岡市駿河区みずほ5-3-1

TEL. 054-257-5022 FAX. 054-257-3798