

自立ケアシステム香川 重度訪問介護研修事業 受講申込書 記入例

研修期間		研修期間	1日目	2日目	3日目	4日目	
		プルダウンリストから選択する 又は 手書き					
申込者	ふりがな 氏名	受講者の氏名を記入 <small>じゅこうしゃ しめい きにゆう</small>					
	生年月日（西暦）	年 月 日	性別	男 女			
	郵便番号 住所	受講者の郵便番号と住所を記入	電話番号	受講者に連絡が取れる電話番号を記入			
	アレルギー	あり ・ なし	アレルギーがある場合	例 卵・牛乳・犬・ハウスダストなど			
	駐車場の利用	希望 する ・ しない	自動車の種類	プルダウンリストから選択、又は手書き			
	勤務先 （勤務 されて いなく れば、 無記入 でかま いませ ん。）	法人名	働いている法人名を記入	事業所名	働いている事業所名を記入		
		郵便番号 事業所住所	働いている事業所の郵便番号と 住所を記入	施設種別	働いている受講者の事業所の種類		
		電話番号	働いている事業所の電話番号を 記入	FAX番号	働いている事業所のFAXを記入		
メールアドレス		働いている事業所のメールアド レスを記入	事務担当者名	事業所の事務担当者を記入			

- ※ 受講の取りやめ等の場合の授業料の取扱いについて  
一度納入した受講料は、いかなる場合も返還しません。
- ※ 受講者募集期間は、前月の20日までです。  
本研修の一回の受講定員は4名です。  
なお、定員に達した場合は、事前に締切らせていただく場合があります。

問い合わせ先  
 特定非営利活動法人 自立ケアシステム香川  
 事務担当：河野 達郎  
 〒761-8057  
 香川県高松市田村町1200-1  
 TEL 087-866-6317  
 FAX 087-866-6319  
 E-mail care-system-kg@kkh.biglobe.ne.jp  
 E-mail(個人) care-system-kg\_kono@outlook.jp