

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

研修期間		研修期間				
		1日目	2日目	3日目	4日目	
申込者	ふりがな 氏名					
	生年月日（西暦）	年 月 日	性別	男 女		
	郵便番号 住所			電話番号		
	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		
	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			事業所名	
		郵便番号 事業所住所			施設種別	
		電話番号			FAX番号	
メールアドレス				事務担当者名		

- ※ 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