

介護福祉士実務者研修受講申込書

申込日 年 月 日

フリガナ 氏名 (歳)	男 ・ 女	生年月日 S・H 年 月 日生
住所 〒 -	連絡先/電話番号	
	携帯電話	
現在のお仕事（離職中の方は直前のお仕事）		
事業所名	職 種	
・この講座は何で知りましたか？		
① 協議会からの案内	③ FMはなのラジオ広告	
② 町の広報誌	④ 協議会 HP	
⑤ その他 ()		

受付期間 10/20(金)～12/5(火) 定員3名 先着順です。

※特別な理由なく、受講を中断された場合は、自己負担して頂きます。

お申込み・お問合せ

根室管内4町通年雇用促進協議会

〒086-1013 中標津町東13条南7丁目（労働会館内）

TEL/FAX(兼) 0153(72)6789 平日 8:30～17:15

休日 土・日・祝日