

(別紙)

社会福祉法人 南山城学園

法人本部 加藤、渡邊 行

FAX 0774-54-2117 TEL 0774-54-7210

介護職員実務者研修 受講申込書

法人・事業所名			
法人・事業所所在地	〒		
参加人数	名		
参加者氏名			
ご担当者氏名			
ご連絡先 (電話番号)		ご連絡先 (FAX 番号)	
当講座は介護職員初任者研修を修了した方のみを対象としています。 受講者は別途、介護職員初任者研修修了書またはホームヘルパー2級修了証明書のコピーを併せて添付ください。			

※申込締切日：平成 28 年 5 月 31 日 (火)

以上