FAXでお申し込みください

FAX　0263-87-0016（送付状は不要です）

**外国人介護職員介護技能研修会**

**受講申込書**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 法人名 |  | 施設名 | |  | | |
| 施設住所 |  | | 電話 | | |  |
| ファックス | | |  |
| 担当者様氏名 |  | メールアドレス | | |  | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 受講者氏名 | 日程  （○を付ける） | 出身国 | 生年月日（　歳） |
| １ |  | 11/4（火）  11/17日（月） |  | （　　歳） |
| ２ |  | 11/4（火）  11/17日（月） |  | （　　歳） |
| ３ |  | 11/4（火）  11/17日（月） |  | （　　歳） |
| ４ |  | 11/4（火）  11/17日（月） |  | （　　歳） |
| ５ |  | 11/4（火）  11/17日（月） |  | （　　歳） |
| 第1回　11/4（火）　申込締切り10/28（火） | | | | 名 |
| 第2回　11/17（月）申込締切り11/10（月） | | | | 名 |



担当　山下・芝田

塩尻市大門三番町4番24号

電話　 0263-87-0015

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　FAX　 0263-87-0016