

## 受講申込書

研修名	実践者研修
研修開始日	平成 30 年 7 月 25 日 (水)

ふりがな		年齢	性別	生年月日
氏名			男・女	昭和 年 月 日 平成
職 種 <small>(※当てはまる職種に○をつけてください)</small>	1 介護福祉士    2 訪問介護員 ( 級 )    3 介護支援専門員 4 理学療法士    5 作業療法士    6 看護師    7 社会福祉士 8 医療ソーシャルワーカー    9 施設職員    10 生活相談員 11 その他 ( )			
介護業務従事年数	年    カ月    (すべての施設・事業所等を通算してください。)			
勤務先名称				
勤務先住所	〒  TEL (    )    — FAX (    )    —			
勤務先種別	1 老人保健施設    2 特別養護老人ホーム    3 グループホーム 4 小規模多機能ホーム    5 その他 ( )			

- \* FAXまたは郵送にてお申し込みください。  
[申込締切] 平成 30 年 7 月 20 日 (金)
- \* 申込受付は先着順とさせて頂き、定員となり次第、締切らさせていただきます。
- \* 受講1週間前になりましても、受講決定通知書が届かない場合は、お手数をおかけいたしますが、ご一報いただきますよう、よろしくお願いいたします。  
(受講いただけない場合も、ご連絡いたします。)
- \* 申込書に記載された氏名にて終了証書の発行等いたしますので、提出前に再度漢字等の間違いがないよう、ご確認をお願いいたします。
- \* 申込書に記載された個人情報、名簿の作成等、研修事業以外の目的には使用致しません。

### 申込先

ハーベスト医療福祉専門学校  
〒670-0962姫路市南駅前町91-6  
TEL : 079-224-1777  
FAX : 079-224-1779

