

受講申込書

研修名	実践者研修
研修開始日	平成25年 7月31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25年 7月 17日 (水)

* 申込書に記載された個人情報は、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