

平成26(2014)年度介護員養成研修 FAX申込書

※太枠の部分をご記入ください。

申込日	平成	年	月	日
フリガナ				
氏名	姓	名	性別	男・女
電話	-	-	携帯電話	-
住所	〒 -			
生年月日	昭和・平成	年	月	日生
			年齢	歳
メールアドレス				
職業	1.専業主婦 2.会社員 3.パート・アルバイト 4.学生 5.介護従事者 6.自営 7.無職 8.その他()			
ご入金確認日				

お申し込み・資料請求先

〒675-0195 加古川市平岡町新在家2301
兵庫大学エクステンション・カレッジ事務室

TEL:079-427-9966 FAX:079-427-9897