

学校法人 日本医療大学 生涯学習センター
2019年度 介護職員初任者研修
受講申込書

《受講コース》	介護職員初任者研修 通学コース		
開 講 日	年 月 日 開講		
フリガナ			男 ・ 女
氏 名	*** 修了証 に記載する字で ご記入ください ***		
生年月日	(西暦) 年 月 日 () 歳		
住 所	□□□ - □□□□ 都道 区市 府県 町村		
連絡先	自宅電話番号	()	-
	携帯電話番号	()	-
※本人確認のため、運転免許証、健康保険証、パスポート、住民票等の写しを添付してください。			

《個人情報の取扱いについて》

お申込みに関わる個人情報は、当センターにおいて厳重に管理し、本研修以外の目的に使用することはありません。

お申込み・お問合せ先
学校法人日本医療大学 生涯学習センター
〒062-0022 札幌市豊平区月寒西2条5丁目1-2
TEL 011-827-7217 FAX 011-827-7062