

介護職員初任者研修 受講申込書

申込み締切日：12月27日(水)必着

【郵送・FAXまたはメール】

フリガナ	
お名前	
生年月日	西暦 年 月 日生(満 才)
性別	男 ・ 女
医療生活協同組合 加入状況	<input type="checkbox"/> 医療生協組合員である <input type="checkbox"/> 医療生協組合員ではない <input type="checkbox"/> 加入希望
現住所	〒 -
昼間のご連絡先	<input type="checkbox"/> 自宅 () <input type="checkbox"/> 携帯
ご職業	
勤務先	会社名
	電話番号
講座を知ったルート	<input type="checkbox"/> 案内チラシ <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> 機関誌(医療生協) <input type="checkbox"/> ご紹介 <input type="checkbox"/> その他
希望の動機(必須)	※選考の際の参考にしますので、必ずご記入ください。

※尚、受講申込書に記載されている個人情報につきましては、本研修以外の目的には使用しません。

お問い合わせ・お申込み

佐賀県医療生活協同組合 本部

〒840-0804 佐賀県佐賀市神野東四丁目10-5

【TEL】 0952-31-1249 【FAX】 0952-31-1298

✉ sagair@saga-iryous.or.jp