

受付No. \_\_\_\_\_

## 若狭医療福祉専門学校 介護職員初任者研修 申込書

下記のとおり、介護職員初任者研修を受講したいので申込みます。

申込日	平成 年 月 日		
ふりがな			印
氏名			
生年月日	昭和 年 月 日 ( 才 ) 男・女 平成		
ふりがな			
住所	〒 —		
T E L		携帯電話	
勤務先			
勤務先 T E L			
備考			

※当校使用欄

本人確認	運転免許証 ・ 健康保険証 ・ その他( )
------	------------------------

【お申し込み・お問い合わせ】

若狭医療福祉専門学校 事務局  
〒919-1146 福井県三方郡美浜町大藪7-24-2

Tel 0770-32-1000  
Fax 0770-32-1500