

記入例

受講を希望するどちらか一方にご記入ください。

1月6日～7日開催の生活援助員研修の受講を希望する方はこちらにご記入ください。

第1回生活援助員研修受講申込書

修了証交付の為、正確にご記入下さい。
(全課程修了者に修了証とバッジを交付します。)

ふりがな	ちがさき たろう	住所	茅ヶ崎市茅ヶ崎1-1-1		
名前	茅ヶ崎 太郎	生年月日	1980年1月1日生	連絡先	0467-82-1111

第2回担い手研修の受講を希望する

本調査は申込とは異なり、希望者の有無を確認するものです。第1回研修終了後受講者を募集いたしますので改めて申込書を提出ください。

ふりがな	ちがさき はなこ	住所	茅ヶ崎市茅ヶ崎1-1-1		
名前	茅ヶ崎 花子	生年月日	1980年1月	連絡先	0467-82-1111

【申込み・問い合わせ先】

一般社団法人茅ヶ崎介護サービス事業者連絡協議会

TEL 070-1261-7738 FAX 050-5837-148

※必要事項をご記入の上、FAX又はメールにて、ご提出下さい(受講決定者に受講決定通知・受講に関する案内を後日お送り致します。なお、本調査書は市及び当協議会HPからダウンロードできます。)

2月11日～13日に開催予定の担い手研修の受講を希望する方はこちらにご記入ください。

※2月に生活援助員研修を開催する場合は、あらためてご連絡します。