

デイサービス昭和館 宛

2017無料ケアマネジャー受験対策勉強会申込書

申込日 平成 29年 月 日

フリガナ		年齢	歳	印
氏名				
連絡先	〒 ー			
	自宅・携帯 () ー			
勤務先	所属先名			
	職種			
	所属先住所			
	TEL() ー			
推薦	所属長役職			
	所属長氏名 印			
コース	1. 集中特訓コース(日祝)全35回 2. 週末強化コース(土日祝)全59回			

受講を希望するコースを○で囲んでください。

所属先の推薦がある場合は、所属長から署名と捺印をもらってください。

送付先: デイサービス昭和館

FAX: 06-6655-5671

お申し込みの際にお知らせいただいた個人情報は、当勉強会の目的のみに使用します。