**聖ヶ丘教育福祉専門学校**

**実務者研修受講申込書**

平成　　年　　月　　日

公益社団法人　横浜市福祉事業経営者会

会長　小倉　徹　様

【連　絡　先】

（氏名・法人名）

（事業所名）

（電話番号）

**受講希望者が複数いらっしゃるようでしたら、必要枚数分をコピーしてお使いください。**

|  |
| --- |
| 希望開講コースの番号に○をつけてください |
| ①（平成30年４月コース）　　　　　④（平成30年7月コース）②（平成30年5月コース）　　　　　⑤（平成30年8月コース）③（平成30年6月コース）　　　　　 |
| 所有資格に○をつけてください |
| １．無資格者　　２．訪問介護員1級　　３．訪問介護員2級　　　　４．訪問介護員3級　　５．初任者研修　　６．介護職員基礎研修※お手持ちの資格によっては受講できないコースがあります。チラシ、案内書の開講日程表でご確認ください。 |

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ |  |
| 　氏　名 |  |
| 現住所 | 〒自宅電話番号　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 携帯電話番号 |  | メールアドレス |  |



【申込先】

　〒233-0002　横浜市港南区上大岡西1-6-1　ゆめおおおかオフィスタワー10階

　　　　　　　公益社団法人　横浜市福祉事業経営者会

　　　　　　　実務者研修　事務局　宛

　　　　　　　[電話]　045-840-5815（平日8：45～17：30　土日祝　休み）

※申込書に記載された個人情報は、当会における実務者研修実施及び職業紹介の目的にのみ使用します。ただし、個人情報から個人の特定が不能なデータを抽出し、当該データを統計・分析の目的で利用することがあります。また、お預かりした受講申込書は返却いたしません。