

別紙4

FAX先:043-497-2127(社会福祉法人リべるたす)

重度介護従事者養成研修受講申込書

希望講習	年 月 日
(よみがな) 氏名	印
連絡先	〒 自宅TEL: () 携帯TEL: () E-MAIL:
生年月日	S. H 年 月 日生
ついている職業(福祉職の場合、簡単な経歴)	該当する項目に○をし、記入してください。 ・ヘルパー 「所属先」 ・学生 「学校名」 ・その他 「関係先」 ・現在お持ちの資格
研修で学びたいこと	
介護の対象がすでに決まっている方は、どのような障害(疾患)か、差しさわりのない範囲で教えてください。	

受講申込書を事前にお送りください。追って当日のご案内をお送り致します。

FAX: 043-497-2127