

佐賀県労福協主催 第29回介護職員初任者研修 受講申込書

※□には、いずれかに✓をご記入ください。

お名前	フリガナ	□男	□女
生年月日	西暦 年 月 日（満 才）		
ご住所	〒 —		
日中の連絡先	□ご自身の携帯 □ご自宅 □勤務先 電話番号 — —		
ご職業	□福祉関連職員・パート・アルバイト □公務員 □会社員 □自営業 □パート・アルバイト □無職 □その他（ ）		
勤務先	勤務先名 電話番号 — —		
講座の認知ルート	□募集チラシ □労福協ホームページ □佐賀県・各市町ホームページ □各市町広報誌 □ご紹介（ ） □その他（ ）		
受講動機		

※援助や配慮を必要とされる方はご要望をご記入ください。（障がいに関わる内容など）

*申込書に記載の個人情報は、本事業の運営・管理にのみ使用することとし、これ以外の目的では使用いたしません。

【受け方】 申込書を郵送かFAXまたはEメールで下記宛てにお送り下さい。

【問合せ・申込先】 一般社団法人 佐賀県労働者福祉協議会

住所：〒840-0804 佐賀市神野東四丁目7-3

TEL：0952-32-1243

FAX：0952-32-1224

Eメール：rofuku.kaigo-saga@xsj.biglobe.ne.jp

《申込み締切日》 7月18日（木）必着