



## 受講申込書 コース名 難病患者等ホームヘルパー養成研修

かがやきヘルパースクール伊丹校 行

私は難病患者等ホームヘルパーの受講をしたいので申込みいたします。

年 月 日 提出

フリガナ		性別	男 ・ 女
氏名	( 歳 )	生年月日 (西暦 年)	
		S ・ H 年 月 日	
フリガナ			
住所	〒 -		
連絡先	TEL ( ) / 携帯 ( )		
メールアドレス			
※本人確認のできる証明書（免許証など）のコピーを持参の上、通学時に、ご提示ください。			
勤務先	勤務先名		
	勤務先住所 〒 -		
	勤務先 TEL / FAX TEL ( ) / FAX ( )		
● 受講料納入 予定日	月 日		

※当法人で開催する講座に際して提出頂いた個人情報厳正に管理し、本研修以外には使用しません。

難病患者等ホームヘルパー ※どちらか選択してください。	<input type="checkbox"/> 難病基礎課程Ⅰ
	<input type="checkbox"/> 難病基礎課程Ⅱ

### ●受講申込方法

受講申込書に必要事項を記入し郵送もしくはFAXまでお願いいたします。

### 事務局使用欄

受付No.	受付日	受付者	本人確認	振込確認	備考
			<input type="checkbox"/> チェック	<input type="checkbox"/> チェック	

連絡先・FAX TEL : 072-770-5511 FAX : 072-770-5512 担当 : 安原