

# ☆ 兵庫 会場 ☆

※他会場・日程はトップページ、全会場カレンダーをご覧ください。



「福祉有償運送講習」の修了証は、当日講習後にお渡しいたします。

日 時	② 7/22(日) ※9:30~19:00 (時間厳守)	
会 場	① 西宮市民会館 (西宮市六湛寺町10番11号) <a href="#">会場ホームページ &gt;&gt;</a>	
	② 神戸臨床研究情報センター (神戸市中央区港島南町1-5-4) <a href="#">会場ホームページ &gt;&gt;</a>	
参 加 費	16,000円 (テキスト代含む) ※申込受付後、振込先をご案内いたします。	
定 員	15名程度 ※参加者3名以下、または定員超過後お申込みの方は次回順延となります。 どちらの場合もご連絡いたします。	

※お申込みはFAXにてお願いいたします。 **FAX 072-483-1855**

## ----- 申 込 用 紙 -----

参加日	② <input type="checkbox"/> 7/22(日)	
法人名		
事業所	<input type="checkbox"/> 訪問介護事業 <input type="checkbox"/> 居宅介護事業(自立支援) <input type="checkbox"/> その他 事業所名 _____ 担当者名 ( _____ )	
	〒 _____ 住所: _____	
	TEL ( _____ ) _____ FAX ( _____ ) _____	
講習会参加の情報について		
<input type="checkbox"/> インターネット <input type="checkbox"/> 紹介 <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> 新聞など掲載 <input type="checkbox"/> その他		<input type="checkbox"/> セダン講習 <input type="checkbox"/> 適性診断

## 参加者

**お願い!** 修了証作成の為、氏名・生年月日は確認の上、楷書体での記入をお願いいたします。

※個人申込みの方：下記のみ記入ください。

FAXがある場合は記入してください。無い方は郵送にて申込・入金の確認事項を返信いたします。

ふりがな					ふりがな						
氏 名	(男・女)				氏 名	(男・女)					
生年月日	西暦	年	月	日	歳	生年月日	西暦	年	月	日	歳
住 所	〒 _____				住 所	〒 _____					
携帯電話					携帯電話						
電 話					電 話						
FAX					FAX						
介護資格 ※○を付ける	ヘルパー2級	ヘルパー1級	基礎研修	初任者	介護資格 ※○を付ける	ヘルパー2級	ヘルパー1級	基礎研修	初任者		
	介護福祉士	実務者	看護師	( )受講中		介護福祉士	実務者	看護師	( )受講中		
	総合支援資格( ) その他( )					総合支援資格( ) その他( )					

個人情報保護法に基づき提供された個人情報は、その目的以外の用途には使用いたしません。

### ■お問い合わせ先

NPO法人 フクシライフ    大阪府泉南市男里5丁目6-17  
 TEL 072-486-0855