

# ☆ 泉佐野市 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	① 1/24(水) ② 2/22(木) ※10:00~19:15 (時間厳守)
会 場	泉佐野会場(泉佐野市湊4-4-1) <a href="#">会場案内 &gt;&gt;</a> (元・辻見鍼灸院) ※駐車場は軽自動車2台のみ止められます(先着:電話予約制/空きをご確認ください)
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	8名 ※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	<input type="checkbox"/> 1/24(水) <input type="checkbox"/> 2/22(木)	
法人名		乗降事業許可 <input type="checkbox"/> 79条(福祉) <input type="checkbox"/> 4条(限定) <input type="checkbox"/> 43条(特定) <input type="checkbox"/> 78条 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 申請予定
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
	介護福祉士	実務者	看護師 ( )受講中
	総合支援資格( )	その他( )	
介護資格 ※○を付ける	ヘルパー2級	ヘルパー1級	基礎研修
	介護福祉士	実務者	看護師 ( )受講中
	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