



☆ 四国会場 ☆

※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	4/2(土)	※9:30~19:00 (時間厳守)
会	場	ふれあい健康館(徳島市沖浜東2-16) 会場ホームページ	
参加費	員	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		20名程度 ※参加者5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。 **072-483-1855**

----- 申込用紙 -----

参加日	<input type="checkbox"/> 4/2(土)			
法人名			乗降事業許可	
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 (_____)			<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
	〒 _____ 住所: _____ TEL (_____) _____ FAX (_____) _____			<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 申請予定
講習会参加の情報について				<input type="checkbox"/> セダン講習
<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"/> 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