講 座 申 込 書

福島福祉カレッジ福島校
FAX 024-529-6662

各講座の初日に「本人確認」を行います。ご了承のうえ、お申込み下さい。

≪講座申込者情報≫ ※記載漏れがある場合、お申込受付をいたしかねます。フリガナを含め、すべてご記入下さい。

フリガナ			年　齢
氏　名			満　　歳
生年月日	S ・ H　　年　　月　　日	性別	男 ・ 女
フリガナ			
住　所	〒　　－		
電話番号	（　　）　　－	携帯電話	－　　－
FAX番号	（　　）　　－	mail	
勤務先名		勤務先電話	（　　）　　－
勤務先FAX			
職　業	1. 会社員 2. 自営業 3. 福祉施設職員 4. 病院事務	5. 主婦 6. パート･アルバイト 7. 学生（学校名：　　／学年：　　）	8. 無職 9. その他（　　）

≪申込講座≫ ※✔を付け、お申込み月生、クラスをご記入ください。

介護職員初任者研修

	令和 6年 6月　土曜日コース	定員は6名です。定員になり次第締め切らせて頂きます。

個人情報取り扱いについて

福島福祉カレッジ福島校では、講座のお申込みをされた方の住所・氏名・電話番号・メールアドレス・所属している事業所などは、受講者履歴の管理及び修了証の発行以外には利用いたしません。ご提供いただいた個人情報は弊社が厳重に管理しております。