

申込日： 月 日

NO.

令和6年度 関西福祉大学 介護職員初任者研修(通学)

受講申込書

令和6年度 関西福祉大学 介護職員初任者研修(通学)の重要事項説明書に同意の上、受講を申し込みます。

学籍番号(学生)		学年	年
ふりがな			
氏名			
生年月日	昭和・平成 年 月 日 (才)		
性別	男・女 (○をつけてください)		
住所	〒 -		
連絡先	携帯電話:		
	自宅:		
来学時の交通手段	電車・バス・自動車・バイク・自転車・徒歩・その他( ) (○をつけてください)		

プライバシーポリシー

受講申込書記載の個人情報は、介護職員初任者研修(通学)の事務連絡及び県への報告に利用するものであり、第三者に無断で譲渡・公開することはありません。

関西福祉大学附属地域センター  
電話:0791-46-2508  
FAX:0791-46-2537

申込金 10,000円受領印

