

受講申込書

※ 介護職員初任者研修松山会場（ ）月講座の全カリキュラム受講可能ですので、受講を申し込みします。

フリナガ		男 ・ 女
氏名		
生年月日	S ・ H 年 月 日 生	
住所	〒	
	TEL () 携帯電話 ()	
介護、看護のご経験のある方はご記入ください。(施設名 介護経験年数等)		
お二人以上でお申込みの場合、他のお申込者のお名前をご記入ください。(同講座にお申し込みの場合)		
その他(ご質問等)		

※ この申込書は、受講生名簿・修了証作成等の資料として使用しますので、氏名(住民票記載のもの)生年月日は正確に記入願います。尚、当社の他講座ご案内以外の目的において使用することはありません。

※ この申込書は、FAX 又は郵送にてお送りください。

株式会社 ビーイング

〒791-8013 松山市山越 6-6-22 白鳳会館 206 号

TEL 089-925-8815 FAX 089-925-8832