

【平成27年度介護従事者確保対策事業】

東北福祉大学 「高齢者の車椅子適合支援講習会」 申込書

・ 申込みFAX番号 022-717-3308

1	申込者氏名	(フリガナ)
2	参加者氏名	(フリガナ) 職種
	参加者氏名 <small>3名以上での申込は別紙 を使用して下さい</small>	(フリガナ) 職種
3	研修希望日	第一希望 平成 年 月 日() 第 回目
	開催要項の5回開催 日からお選び下さい	第二希望 平成 年 月 日() 第 回目
4	勤務先	種 別 事業所名
5	勤務所在地	〒
6	連絡先	TEL
		FAX
7	申込日(送信日)	平成 年 月 日 () 送信時間 :

連絡事項等：