

FAX 06-6606-8731

介護キャリアアカデミー 大阪校  
かく痰吸引等研修 申込書 【基本研修】

申込日 年 月 日

◆ 注意事項（名前の記載）

研修受講者の名前は住民票に記載されている文字となります。確認の上ご記入願います。

フリガナ 氏名	
生年月日	西暦 年 月 日（ 歳）
住所 ※受講者様のご住所	〒
電話番号 ※受講者様のご連絡先	
申込み後の連絡先 ※振込の案内をお送りします	事業所名： 担当： 住所：〒 FAX： TEL： メールアドレス：
振込名義人	

【基本研修の申し込み内容】

基本研修の希望日	年 月 日
<b>【備考】</b> ・ 申込書は、受講者ごとに用紙を分けてください。 ・ 基本研修の受講料は、22,000 円＋消費税です。申込書受領後、振込案内をお送りいたします。 （振込手数料は、貴方にてご負担願います。）	