一般社団法人　在医・介・住推進協会

# サ高住・住有老施設長養成講座

１）在籍の事業所名をご記入ください

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

２）名前をご記入ください

姓：＿＿＿＿＿＿＿＿　名：＿＿＿＿＿＿＿＿

フリガナ　セイ：＿＿＿＿＿＿＿＿　メイ：＿＿＿＿＿＿＿＿

３）性別：（　）内に〇をご記入ください。

・男性　（　　）
・女性　（　　）

４）年齢

＿＿＿＿歳

５）ご住所

郵便番号：〒　　－

ご住所：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

６）お電話番号

TEL:＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

７）メールアドレス

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

８）役職　＿＿＿＿＿＿＿＿

９）保有介護系資格　＿＿＿＿＿＿＿＿

この度はお申込み頂きありがとうございます。上記に必要事項記入の上、
右のFAX番号までご返送ください。　FAX:06-6484-3534