

実務者研修

研修について			
希望コース		お申込日	年 月 日
1. 保有している資格について該当するものにチェックを入れてください			
<input type="checkbox"/> 初任者研修修了者 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引研修修了者 <input type="checkbox"/> 生活援助従事者研修修了者			
<input type="checkbox"/> ホームヘルパー（ 1 ・ 2 ・ 3 ）級修了者 <input type="checkbox"/> 入門的研修			
2. 請求書の送付先について、該当箇所にチェックを入れてください <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 会社			
受講者情報			
ふりがな		性別	男性 ・ 女性
氏名			
生年月日	年 月 日	年齢	歳
自宅住所	〒 -		
電話番号		メールアドレス	@
勤務先情報			
勤務先		電話番号	
勤務先住所	〒 -		
担当者氏名		担当者 メールアドレス	@
申し込み方法			
・ 申込の際は必ず「保有している資格者証または修了証」を添付してください			
・ 申し込みはFAXまたはメールでお願い致します			
Fax 052-414-7506 mail care-college@juju-g.co.jp			



JujuGROUP

ひなたケアカレッジ

株式会社寿々ホールディングス

〒453-0863
名古屋市中村区八社1丁目97

Tel 052-414-7505