

C&Cアカデミー 講座 (FAX) 申込用紙

年 月 日

講座名	<input type="checkbox"/> 介護職員初任者研修	<input type="checkbox"/> 介護福祉士実務者研修
	<input type="checkbox"/> 移動支援従業者養成研修	<input type="checkbox"/> 同行援護従業者養成研修
	<input type="checkbox"/> 行動援護従業者養成研修	<input type="checkbox"/> 福祉用具専門相談員
	<input type="checkbox"/> その他 ()	

該当講座に☑をつけて下さい

氏名		連絡先	
生年月日	年 月 日	メール	
住所	〒 -		
保有資格	下記の資格をお持ちの場合は☑をつけて下さい		
	<input type="checkbox"/> 介護職員初任者研修	<input type="checkbox"/> 訪問介護員3級課程	
	<input type="checkbox"/> 介護職員基礎研修	<input type="checkbox"/> 訪問介護員2級課程	
	<input type="checkbox"/> 介護福祉士	<input type="checkbox"/> 訪問介護員1級課程	
		<input type="checkbox"/> 介護福祉士実務者研修	

FAX送信先

06-6538-3901