

# 介護講座等申込書

申込日：平成      年      月      日

【FAX送付先】佐賀県在宅生活サポートセンター      FAX番号：0952-30-2591

◆受講申込者（楷書ではっきりとお書き下さい）

フリガナ					
氏名 (団体名)					
住所					
TEL			FAX		
携帯					
介護経験 の有無 (どちらかに○)	有	有の場合、資格または職種を記載下さい。	駐車場利用 の有無 (どちらかに○)	有	有の場合、車両番号を記載下さい。
	無			無	

◆受講希望講座

1. 一般向け講座      ※希望講座名と日程（一般向け講座の中からお選び下さい）

講座名：	日程：
------	-----

2. 専門職向け講座      ※希望講座名と日程（専門職向け講座の中からお選び下さい）

講座名：	日程：
------	-----

3. 団体向け講座      ※希望講座名と日程（講座内容メニューの中からお選び下さい）

講座名：	日程：
------	-----

※お申込みいただきました内容は、講座受付以外には使用いたしません。

【FAX送付先】佐賀県在宅生活サポートセンター      FAX番号：0952-30-2591