

## 平成 30 年度介護予防リハビリ体操指導者養成研修 初期研修 受講申込書

1 受講申込者 平成 30 年 月 日

*フリガナ			
*氏名			
*生年月日	昭和・平成 年 月 日	性別	男・女
自宅住所	〒		
*日中連絡がつく TEL・携帯	( ) -		

\* 修了証または認定証を発行する際に必要となりますので、必ず御記入ください。

2 所属先

事業所名			
事業所住所	〒		
事業所TEL	( ) -		

3 宿泊申込 ※希望日に☑してください。

利用施設	利用日
<b>セミナーパーク 宿泊棟</b> 【宿泊料】1,500円(2人利用)、1,800円(一人利用)	<input type="checkbox"/> 4/14 (土) <input type="checkbox"/> 4/21 (土)

4 介護福祉士会会員について \*該当する番号を必ず○で囲んでください。

介護福祉士会の方	1 正会員 (35- )	2 準会員
会員外の方 (入会について)	1 希望する	2 希望しない