

受講申込書

令和 年 月 日

コース名： 遠野市主催 介護職員初任者研修課程(11/17-3/5)

期間： 令和 8 年 11 月 17 日～令和 9 年 3 月 5 日(24 日間)

会社名			
代表者名			
所在地	〒 ー	TEL	()
		FAX	()
★代表メールアドレス			
担当者名		★担当者メールアドレス	※代表メールアドレスと同じ場合は記入しないでください。

No	申込者氏名	生年月日	現住所・Eメールアドレス
1	フリガナ	昭和 ・ 平成	現住所：〒 ー
		年 月 日	
	Tel	Fax	★E-mail
2	フリガナ	昭和 ・ 平成	現住所：〒 ー
		年 月 日	
	Tel	Fax	★E-mail
3	フリガナ	昭和 ・ 平成	現住所：〒 ー
		年 月 日	
	Tel	Fax	★E-mail