

稚内市介護職員入門的研修受講申込書

年 月 日

稚内市長 様

申込者 住所 _____

氏名 _____

稚内市介護職員入門的研修を受講したいので、次のとおり申し込みます。

フリガナ	
氏 名	
生年月日	年 月 日
住 所	〒 ー 稚内市
電話番号	
受講する日程	①基礎講座＋入門講座 ②基礎講座のみ
備 考	