

高齢者等理解・体験・安全マネジメント研修（サービスケアサポーター） 受講お申込書

受講申込日：平成 年 月 日（ ）

集合研修実施日	平成 年 月 日（ ）	研修会場TELL		
研修会場名称				
研修会場住所	〒			
法人情報	法人名		代表電話番号	
	法人所在地	〒		
受講責任者情報	フリガナ		所属部署・役職名	
	氏名			
	住所	〒		
	電話番号 (日中連絡先)		FAX	
	連絡先E-mail		テキスト納期日	平成 年 月 日（ ）
	テキスト送付先	〒		

受講料合計：	19,440 円(税込) ×	0 名 =	0 円
--------	----------------	-------	-----

No.	受講者氏名				所属	職種
	姓	名	セイ	メイ		
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						

※お客様より取得したお名前、電話番号等の個人情報については、目的以外での利用及び無断での第三者への開示は一切いたしません。

【サービスケアサポーター研修実施機関】 ウェルサポート TEL:048-579-0300 FAX:048-579-0303