2019年度　第2回　　きらり健康生活協同組合

介護福祉士実務者養成研修　申込書

必要事項をご記入下さい

申込日	令和　　年　　月　　日					
ふりがな					印 （シャチハタ印 不可）	
氏　名						
生年月日	昭和 ・ 平成（　　）年（　　）月（　　）日		年齢	歳	性別	男 ・ 女
現　住　所	〒（　　）ー（　　）					
連　絡　先	自宅TEL	（　　）ー（　　）ー（　　）	携帯TEL	（　　）ー（　　）ー（　　）		
	メールアドレス（任意）	（　　）@（　　） TEL連絡が取れない場合ご連絡する可能性があります。				
親権者氏名	【未成年者のみ親権者の同意が必要です】 （続柄：　　）				印	
親権者連絡先	ご住所　〒　　ー 電話番号				（シャチハタ印 不可）	

※身分証明書のコピーを添付してください。（健康保険証・運転免許証・学生証　等いずれか1つ）

※押印の部分は認印を使用してください。（シャチハタ印　不可）

申し込みの注意	この申込書は、きらり健康生活協同組合の窓口に持参していただくか、郵送にて受け付けております。 また、FAXにて申込書をお送りいただく場合は、仮申し込みといたしますので、必ず、郵送もしくはご持参ください。よろしくお願いします。

【申込書送付先】

きらり健康生活協同組合
住所：〒960－8055　福島県福島市野田町1丁目15－12
TEL：024－531－6262　　FAX：024－531－6333
業務携帯：080－8220－6406　　担当者：渡邉高広

※お気軽にご相談ください。

この申込書に記載した個人情報は、本養成研修の目的のみに使用いたします。目的以外の使用はいたしません。