

コープぎふ2019年度第1期介護職員初任者研修受講申込書

下記の内容で受講を申し込みます

申し込み日	2019年 月 日
住 所	〒 ー
氏 名	
携帯電話	
自宅・職場電話	
メールアドレス	
生年月日	昭和 平成 年 月 日 (西暦 年)
性別(○)	男 女
生協加入状況(○)	加入済み 未加入 (組合員番号)

受講を希望される場合は、上の表に必要事項を記入し、郵便、またはファックスで下記までお送りください。不明な点はお電話でお問い合わせ下さい。

(募集期間：2019年5月28日～8月9日 定員20名になり次第締切ります)

受講お申し込み先 住所 〒501-3125 岐阜市大洞緑山 1-1-5

コープぎふ大洞虹の家 介護事業部 嶋崎・佐藤

電話 058-214-6148 F A X 058-244-0355 受付：月～金 (8：45～17：30)