

第 回 介護予防運動指導員養成講座 受講申込書

NPO 介護予防研究会御中

平成 年 月 日

氏 名		生年月日	昭和 年 月 日
		性別	男 ・ 女
所属名		資格	
所属先住所	〒		
所属先 TEL		所属先 FAX	
自宅住所	〒		
携帯 TEL		FAX	
支払い方法	銀行振込み 郵便振込み（振込み用紙を送ります）		
領収書名			
送付先	1. 所属先住所と同じ 2. 自宅住所と同じ 3. その他：		
実務経験 証明書 訪問介護員の み必要	下記の者は、訪問介護員 2 級以上で、実務経験 2 年以上を証明します。 氏名 _____ 業務期間 年 月 日 ~ 年 月 日 平成 年 月 日 法人名 _____ 代表者 _____ 印		

NPO 介護予防研究会

〒115-0052 東京都北区赤羽北 2-13 - 8

電話番号 03-3909-8031

F A X 番号 03-5963-8132