

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

私は_____月生の介護予防運動指導員養成講座の受講を希望します。

令和 年 月 日

カタカナ		生年月日	昭和・平成 年 月 日
氏名		性別	男 ・ 女
Eメール	@	資格	
住所	〒		
TEL 番号		FAX 番号	
領収書名	宛		
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：令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 令和 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

TEL 03-3909-8031 Eメール info@s-tsukasa.com

F A X 0 3 - 5 9 6 3 - 8 1 3 2