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（フリガナ）		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	①　銀行振込み　　②郵便振込み（振込み用紙を送ります）		
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

ＦＡＸ番号　03-5963-8132