

介護職員初任者研修『にこりの学校』

受講申込書

下記のご記入いただき、郵送にてお申込みください。

|      |             |
|------|-------------|
| フリガナ |             |
| 氏名   |             |
| 住所   | 〒 -         |
| 電話番号 |             |
| 性別   | 男 ・ 女       |
| 生年月日 | 年 月 日生 ( 歳) |
| 備考   |             |

申込先

〒811-4233

福岡県遠賀郡岡垣町野間3丁目4番24号

特定非営利活動法人 にこり

TEL&FAX 093-282-5810