

令和元年度沖縄県介護に関する入門的研修 受講申込書

令和元年 月 日

フリガナ			
氏名			性別 男・女
生年月日	昭和・平成	年 月 日	年齢 歳
フリガナ			
住所	〒		
連絡先	TEL : () - 携帯 : -		
	E-mail :		
	携帯メール:		
学科・学年	学 科 年		
受講生が未成年の場合、保護者の方は自筆で記入し押印してください			
保護者氏名	フリガナ	緊急連絡先住所	
	印	緊急連絡先電話	
利用可能な通信手段	・電話 ・ E-mail ・ 携帯電話 ※連絡時、都合の良い時間帯(: 頃)		
希望のコース	・北谷 7月コース (北谷町ちやたんニライセンター生涯学習プラザ) 7月29日、7月30日、8月1日、8月2日 (4日間)	・北谷 8月コース (北谷町ちやたんニライセンター生涯学習プラザ) 8月5日、6日、7日、9日 (4日間)	
介護分野への就労を希望する方	・就職希望する		・就職支援希望しない
託児所利用	・希望する (お子様の年齢・学年 才 年生)		
この事業について何を見て 知りましたか	1. チラシ 2. 掲示板 3. その他()		



沖縄人材カレッジ
Okinawa Jinzai College

TEL: 098-943-4161 FAX: 050-3673-8734
沖縄県那覇市上之屋1-18-15 アイワテラス2階



※郵送もしくはFAXにてお申込いただきますよう宜しくお願い致します。

※本事業で収集した個人情報は、本事業運用にのみ利用させていただきます。その他の目的での使用は致しません。

※申込みの際には、身分証明書のコピーが必要です。(沖縄県からの指導)

※受講風景の写真を後方から撮影致します(沖縄県への報告)