

受講申込書

私は、株式会社イー・ケア主催の介護予防運動指導員養成講習募集要項を理解し、受講を希望いたします。

- ①氏名：
- ②フリガナ：
- ③生年月日：西暦 年 月 日
- ④性別：
- ⑤住所（市区郡・町村・番地・建物名称）：〒
- ⑥自宅電話番号：
- ⑦自宅FAX番号：
- ⑧携帯電話番号：
- ⑨メールアドレス：
- ⑩所属事業者（会社）名：
- ⑪所属事業者住所（市区郡・町村・番地・建物名称）：〒
- ⑫所属事業者電話番号：
- ⑬所属事業者FAX番号：
- ⑭受講要件（資格）：

※基本的に全ての項目について記入をお願いいたします。

（自宅電話もしくは携帯電話を所有していない場合は、どちらか一方で構いません。）

地方独立法人東京都健康長寿医療センター登録のため必要になります。

法人を通しての申し込み等、別途研修担当部署もしくは担当者がある場合は、下記の項目にも追加記入をお願いいたします。

- ①事業者名：
- ②事業者電話番号：
- ③所属事業者FAX番号：
- ④担当部署・担当者名：