

令和元年度「介護職員初任者研修」受講申込書

(株) コスモスケアサービス

フリガナ		生年月日	年齢	性別
氏名		年 月 日		男・女
住所	〒 ー			
連絡先	(下記の中から連絡の取りやすいものをご記入ください)			
	自宅電話	ー	ー	
	携帯電話	ー	ー	
	E-mail		@	
既に終了した研修 (該当者のみ)	(該当する場合はレを付けてください。一部科目を免除とさせていただきます)			
	1	<input type="checkbox"/>	生活援助従事者研修	
	2	<input type="checkbox"/>	入門研修 (入門講座及び基礎講座)	
	3	<input type="checkbox"/>	認知症介護基礎研修	
	4	<input type="checkbox"/>	居宅介護職員初任者研修 (障害者ホームヘルパー2級)	
	※ 免除希望の方もご参考までに受講されることも可能です			

お申し込み方法

郵便・FAX・E-mailのいずれかの方法でお申し込みください

① 郵送先 〒410-0865 沼津市東間門1-3-3 コスモス沼津 介護職員初任者研修担当あて

② FAX 055-952-2946 コスモス沼津 介護職員初任者研修担当あて

③ E-mail ccsnumazu@cosmos-group.co.jp 介護職員初任者研修担当あて

問い合わせ先 株式会社コスモスケアサービス コスモス沼津 (担当: 良辺・平田)
TEL 055-952-2940

※ ホームページもご参照ください……<http://www.cosmos-group.co.jp/care/>