

ケアマネジャー試験対策講座

申込日	令和 年 月 日		
フリガナ			性別
氏名			男・女
生年月日	昭和 平成	年 月 日	(歳)
住所	〒 -		
連絡先 電話番号	自宅電話	- -	
	携帯電話	- -	
	緊急時の 連絡先	- -	(続柄)
受講施設	<input type="checkbox"/> 瑞光苑(大阪市) <input type="checkbox"/> 和光苑(大東市)		
資格取得後 の予定			

当法人で開催する介護職員初任者研修に際して提出いただいた個人情報については、
当法人の個人情報管理規程に従い厳重に管理し、本研修以外には使用いたしません。