

オアシスケア介護福祉養成校

介護職員初任者研修養成講座 受講申込書

ご希望コース 第 回 通信コース ・ 通学コース

◇お申込み者

申込日	平成	年	月	日
ふりがな				
氏名				
住所	〒			
生年月日				(歳)
電話		携帯電話		

◇お申込み方法

①本申込書にご記入の上、ご郵送、FAX 又は、以下の住所までご持参ください。

申込先

〒892-0828 鹿児島県鹿児島市金生町7-10-7階

介護の森株式会社 オアシスケア介護福祉養成校 係

電話 099-294-4155 FAX 099-295-4156

②お申込み後、1週間以内に受講料をお振込み頂くか、オアシスケア介護福祉養成校まで、ご持参ください。お振込みされる場合は、振込手数料はご負担ください。

振込先	鹿児島銀行 中央支店 普通 1501108 介護の森株式会社 代表取締役 日高 憲太郎 カイゴノモリカブシキカイシャ ダイヒョウトリシマリヤク ヒダカケンタロウ
-----	--

《個人情報の取り扱いについて》

申込された個人情報については、個人情報保護法に則り適正かつ厳重に管理し、研修以外の目的には使用いたしません。

◇個人情報お問合せ窓口◇

介護の森株式会社 お客様窓口係

電話 099-295-4155 (電話での受付は、平日9:00~17:00迄)

E-mail : contact@oasiscare.jp