

## 介護技術講習会実施要綱

### 実施期日

#### 5月コース

5月30日(土) 6月6日(土) 6月13日(土) 6月14日(日)

#### 6月コース

6月27日(土) 7月4日(土) 7月11日(土) 7月12日(日)

#### 10月コース

10月31日(土) 11月7日(土) 11月21日(土) 11月22日(日)

### 定員

30名

### 受講申込受付期間

#### 5月コース

4月1日(水)~4月30日(木)(消印有効)

#### 6月コース

4月1日(水)~5月29日(金)(消印有効)

#### 10月コース

4月1日(水)~5月29日(金)(消印有効)

### 受講料

¥75,000

### 申し込み方法

往復はがきに必要な事項をご記入の上、下記住所までご応募下さい。

〒244-0805

神奈川県横浜市戸塚区川上町 84-1

湘南医療福祉専門学校 介護技術講習会担当者

応募は上記受講申込受付期間最終日の消印有効。定員(30名)を超える応募があった場合は抽選とさせていただきます。

一人1枚限定で2枚以上の応募があった場合無効とさせていただきます。

### 必要事項

希望実施回 【例：5月コース希望】

住所

氏名

年齢

電話番号

勤務先名称

現在携わっている業務内容【例：相談員、ケアワーカー等】

経験年数

～ まででは必ずご記入下さい。ご記入もれがある場合、応募多数の際選考の対象とならないこととなります。ご注意ください。

【記入要項】

往信部

<input type="checkbox"/> 244-0805	
神奈川県横浜市戸塚区 川上町 84-1	
湘南医療福祉専門学校 介護技術講習会担当	
	記入なし (当校にて記入の為)

返信部

<input type="checkbox"/>	希望実施回
	住所
	氏名
	年齢
	電話番号
返信先の郵便番号	勤務先名称
御住所	現在携わっている
御名前	業務内容(例:相談員、 ケアワーカー等)
	経験年数

【記入例】

往信部

<input type="checkbox"/> 244-0805	
神奈川県横浜市戸塚区 川上町 84-1	
湘南医療福祉専門学校 介護技術講習会担当	

返信部

<input type="checkbox"/> 244-xxxx	5月ｺｰｽ希望
	244-0805
	神奈川県横浜市戸塚区川
神奈川県横浜市戸塚区	上町 XXX-
川上町 XXX-	湘南 花子
	50才
湘南 花子 行	045-820-XXXX
	ケアハウス湘南医療
	介護職
	3年