

## 介護技術講習会実施要綱

### 実施期日

#### 6月コース

6月3日(金) 6月10日(金) 6月24日(金) 6月26日(日)

#### 11月コース

11月5日(土) 11月12日(土) 11月26日(土) 11月27日(日)

### 定員

30名

受講申込受付期間 \*先着順にて受講決定いたします

#### 6月コース

4月1日(金)～5月13日(金)(消印有効)

#### 11月コース

4月1日(金)～7月15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その場で締め切り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：6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

～ までに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"/>  返信先の郵便番号 御住所 御名前	希望実施回 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
--	---

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