

福祉用具供給事業従事者研修会参加申込書
(福祉用具専門相談員指定講習会)

平成 年 月 日～ 月 日開講分				
会社名				担当者名
住所	〒 -			
TEL			FAX	
事業内容				
出席者氏名	生年月日	性別	介護関係の有資格名	部分受講
フリガナ	昭和 年 月 日			
			現任研修受講希望 (はい・いいえ)	
フリガナ	昭和 年 月 日			
			現任研修受講希望 (はい・いいえ)	
フリガナ	昭和 年 月 日			
			現任研修受講希望 (はい・いいえ)	
フリガナ	昭和 年 月 日			
			現任研修受講希望 (はい・いいえ)	
フリガナ	昭和 年 月 日			
			現任研修受講希望 (はい・いいえ)	

※ 5名以上お申込の場合は、コピーしてご使用下さい。

部分受講は、資格の場合「資格名」不足分受講の場合「不足」を部分受講欄にお書き下さい。

個人でお申し込みの場合は、住所欄に個人住所をご記入下さい。

申込企業名と振込企業名が異なる場合は、必ずご連絡下さい。

この研修を何で知りましたか？（下記に○もしくはご記入ください）

新聞（シルバー新報・シルバー産業新聞・その他< >）

インターネット（シルバーサービス振興会・エルフ・その他< >）

ご紹介（ ） その他（ ）

◎必要な方だけ□に✓の上、必要事項をご記入ください。

□請求書（宛名： ） □領収書（宛名： ）

申込方法 この用紙を電話予約のうえ、FAXにてお送り下さい。

FAX 06-6453-5548

問合先 **株式会社エルフ**

〒553-0003 大阪市福島区福島5-17-30
TEL 06-4797-5501