

別 添

中央介護福祉専門学校

研修担当 平山 行

F A X 返信用紙 0 4 3 (2 4 2) 2 5 6 2

「介護キャリアアップ研修」（介護実習指導者講習会修了者対象）の参加申込用紙 （参加費無料）

研修日	平成30年 1月14日（日）
参加人数	名
(ふりがな) 参加者氏名	()
	()
	()
	()
	()
施設・事業所 名 称	
施設・事業所 住 所	
連絡先	電話番号 ()
	FAX番号 ()