

# 介護職員初任者研修 申込書

ふりがな	
氏名	
生年月日	昭和 平成 年 月 日 歳
住所	(〒 - )
電話番号	- -
メールアドレス	@
ご職業	
介護実務経験の有無	あり（経験年数 年 ヶ月）・なし
実務経験職種 (ありの場合のみ)	訪問介護・デイサービス・老人ホーム・障害者施設 その他 ( )

## 申し込み先

FAX：052-807-0070 へFAX

もしくは株式会社アリスの森 まで

郵送いただきますようお願いいたします。

### 【お問合せ・郵送先】

株式会社アリスの森

〒468-0011 愛知県名古屋市天白区平針一丁目1901番地

佐久間マンション205号

TEL：052-807-0070