

**【講習のお申込方法】**

- ① **申込書を FAX する**      FAX 045-212-0016  
 受講申込書に必要な事項をご記入のうえ、FAX してください
  - ② **電話をする**      受講申込書を FAX 後に介護労働安定センター神奈川支所にご連絡ください
  - ③ **受講料及びテキスト代（購入の場合のみ）を振り込む**
  - ④ **受付完了です**      受講料をお振込いただいた時点で「受講申込」が完了となります
- ～留意事項～
- \* 振込手数料はお振込人様の負担とさせていただきます。
  - \* 振込控（銀行の振込票等）をもって領収書にかえさせていただきます。
  - \* お振込みがない場合は、キャンセル扱いとなります。講習をキャンセルされる場合は必ず事前にご連絡ください。
  - \* お振込いただいた受講料等は、開講開始日の14日前（当該日が土日祝日の場合はその前日）以降は、原則として返金いたしませんので予めご了承ください。
  - \* 講習が定員に満たない場合等、当センター理由で講習を中止する場合は、電話等でご本人に連絡の上、お振込額を返金いたします。（返金に伴う振込手数料は当センターが負担します）
- ◎当センターのプライバシーポリシーに基づき、申込書の内容は、厳重に管理し、ご本人の了解なしに第三者へ提供されることはありません。

**受講希望の方は、FAX してください。詳細をお知らせします。**

7月17日		身体を守る！移動・移乗		短期	
<b>事業所名</b>	フリガナ			研修ご担当者名	
<b>住所</b> <small>（勤務先・自宅）</small>	〒				
	Tel・fax      Tel (      )      fax (      )				
個人でお申込の場合、日中可能な連絡先 (      )					
<b>氏名</b>	フリガナ	生年月日 昭和/平成	年 月 日	取得 資格	・ホームヘルパー（1級・2級・3級） ・介護職員基礎研修終了 ・介護福祉士・介護支援専門員 ・看護師・准看護師 ・その他（      ）
		介護分野の経験年数	年		
<b>氏名</b>	フリガナ	生年月日 昭和/平成	年 月 日	取得 資格	・ホームヘルパー（1級・2級・3級） ・介護職員基礎研修終了 ・介護福祉士・介護支援専門員 ・看護師・准看護師 ・その他（      ）
		介護分野の経験年数	年		

受講動機、質問等ご記入ください

**「よこはま福祉保健カレッジ認定講座」**

※当センターのプライバシーポリシーに基づき申込書等の内容は、厳重に管理し、ご本人の了解なしに第三者へ提供されることはありません。

**【お申込み・お問い合わせ】**

（公財）介護労働安定センター神奈川支所  
 〒231-0007 横浜市中区弁天通 6-79 港和ビル 8階  
 tel 045-212-0015 fax 045-212-0016

**FAX 送信 045-212-0016**

FAX 送信後、確認の電話をしてください  
 TEL 045-212-0015 (平日 8:30~17:00)