

【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。

平成 31 年 3 月 12 日 身体を守る！移動・移乗 短期			
事業所名	ワガナ	研修ご担当者名	
住所 <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 ()		
氏名	ワガナ	<small>生年月日</small> 昭和/平成	取得資格
		年 月 日	
		<small>介護分野の経験年数</small>	
		年	・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（ ）
氏名	ワガナ	<small>生年月日</small> 昭和/平成	取得資格
		年 月 日	
		<small>介護分野の経験年数</small>	
		年	・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（ ）

受講動機、質問等ご記入ください

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）

「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