

# 県民介護講座 介護選択コース申込書

受付月日( )月( )日 受付者( )  
TEL(文書後日)／文書あり

秋田県介護実習・普及センター所長 様

次のとおり、介護選択コースの受講を申し込みます。

※太枠の中をお書き下さい。

団体名			
フリガナ		性別	男・女
代表者名			
連絡先	〒		
TEL			
FAX			
E-mail			

希望日時	H 年 月 日( ) ( )時( )分 ~ ( )時( )分		
人数	( )名	部屋	( )時( )分~
			( )時( )分
受講目的			
希望内容			
参考資料			
備考			