

お申し込み用紙

介護職員初任者研修

申込日	
ふりがな お名前	
性別	女性 男性
生年月日	年 月 日 (歳)
ご住所	
電話番号	
メールアドレス	

一般社団法人あおぞら福祉カレッジ

〒323-0023

栃木県小山市中央町3丁目7-1 ロブレ7F

TEL : 0285-39-7935

FAX : 0285-39-7936