

チャンスのスキルアップ講座

口腔ケア講座 申込書 (FAX,郵送用)

住所	〒		
フリガナ			
氏名	姓	名	
生年月日	年	月	日 生まれ (歳 男・女
連絡先電話番号	(自宅)		
	(携帯)		
連絡用メールアドレス			
講座受講理由などありましたら、お聞かせください			
現在 お持ちの資格			
現在のお勤め先をご記入ください	勤務先 会社名 又は 施設名		
	勤務先ご住所		
	〒		
	勤務先 お電話番号		

※お申し込みの際、本人確認のため身分証明証（運転免許証・住民票等）の写しが必要となります。

〒300-1234 茨城県牛久市中央4-10-12

株式会社チャンス 介護福祉講座

TEL : 029-873-0908

FAX : 029-873-0958