

# シニア介護アシスタント 養成講座申込書

公益社団法人  
熊本市シルバー人材センター  
〒860-0833  
熊本市南区平成1-10-8  
TEL 096-322-3300  
FAX 096-322-3324

フリガナ			
氏 名			
会員番号	(シルバー会員の方は会員番号をお書き添え下さい)		
生年月日	昭和	年	月 日
住 所			
連絡先	電話番号		
	FAX番号		
	携帯電話		
	E-Mail		
申込み期間 (どちらかに○をお付けください)	ア.10月15日～11月5日	イ.11月13日～12月4日	
申込理由			
ご両親などの介護経験の有無	ア.要介護者の介護あり	イ.要支援者の介護あり	ウ.なし
介護教室受講の有無	ア.あり	イ.なし	

上記の内容にて参加申し込み致します。