

『介護予防運動指導員養成講座』申込書

FAX送信先:0428-21-2410

希望日程 選んでください	第1回 お申込期間5月18日(金)まで		第2回 お申込期間6月22日(金)まで	
フリガナ	-----			
氏 名				
住 所	(〒) 都道 市区 府県 郡			
電話番号	ご自宅		携帯	
勤務先名			勤務先 電話番号	
受講資格 ☑してください	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 助産師 <input type="checkbox"/> 看護師(准看護師含む) <input type="checkbox"/> 管理栄養士 <input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> あん摩マッサージ師 <input type="checkbox"/> 鍼灸師 <input type="checkbox"/> 柔道整復師 <input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 訪問介護員1級 <input type="checkbox"/> 訪問介護員2級(実務経験2年以上) <input type="checkbox"/> 介護職員初任者研修(実務経験2年以上) <input type="checkbox"/> 健康運動実践指導士 <input type="checkbox"/> 健康運動実践指導者 <input type="checkbox"/> 実務者研修修了者 <input type="checkbox"/> 介護職員基礎研修課程修了者 <input type="checkbox"/> 上記国家資格養成校等の卒業見込みかつ資格取得見込み者(国家試験受験者)			
受講費用 テキスト代、税込	一般	70,000円	団体割引 ※同じ職場から2名以上 参加の場合	60,000円

●お申込

お申込の際は、本申込書をご記入いただき、資格を証明するものの写し(※訪問介護員2級の方は※実務経験証明書もご提出ください)を併せて、郵送あるいはFAXにて送付ください。

※実務経験証明書は氏名、勤務先名、勤務先住所、連絡先、、業務期間、事業所(責任者)証明印をご記入の上、証明書としてご提出ください。

●開講・受講決定

開講・受講が決まった場合は開講日の2週間前にご案内と振込用紙をお送り致します。尚、お申込人数が少数の場合は閉校の可能性もありますのでご了承ください。

●お申込・お問合せ

医療法人社団和風会 多摩リハビリテーション学院

〒198-0004 東京都青梅市根ヶ布1-642-1 TEL:0256-21-2001 FAX:0428-21-2410

担当:鈴木、景山