

ペガサス介護職員実務者研修

受講申込書

ふりがな 氏 名		男 ・ 女	
年齢	歳	生年月日	昭和・平成 年 月 日
住所 〒			
連絡先 TEL (自宅 or 携帯) メールアドレス			
勤務先・学校名			
資格・研修について、お持ちであれば○印をつけてください (*要資格証コピー)			
1. ヘルパー1級		2. ヘルパー2級	3. 介護職員初任者研修
4. 介護職員基礎研修		5. 喀痰吸引等研修	6. どれにも該当しない
介護等の実務経験があればご記入ください			
介護.....		期間.....	
その他.....		期間.....	
*ペガサスグループ職員や当実務者研修修了生から紹介を受けた場合は、 下記に紹介者名をお書き下さい。			
紹介者名:			当てはまるほうに○ (職員・修了生)
ご希望の受講料お支払方法			
1. 現金一括支払	2. 現金分割支払	3. 振込一括支払	

あなたのことをお教え下さい。あてはまるものに○をつけて下さい

(1) この講座を何でお知りになりましたか

1. 院内広告 2. 新聞折込み
3. 人から勧められて 4. その他()

(2) 万一、定員オーバーとなり受講出来ない場合のお取り扱いをお聞きします

1. 欠員を待ち、受講を希望する 2. 今回の受講をやめる

○ご不明な点はお問い合わせ下さい

社会医療法人ペガサス 人事課 TEL : 072-265-5655

受付 : 平日9時~17時 住所 : 大阪府堺市西区浜寺船尾町東4丁244番地