

実施事業者:株式会社アピアスポーツクラブ
介護予防運動指導員養成講座 申込用紙

お申込FAX番号 076-442-4403 （アピアスポーツクラブ 銅・水橋宛）

※必要事項をご記入の上、FAXまたは郵送でアピアスポーツクラブへ送付してください。

※書類は、ボールペンで楷書でお書き下さい。

※2期に分けての受講希望はご相談下さい。

希望日程 <small>(希望日程に○を記入下さい)</small>	Ⅰ期 ・ Ⅱ期 ・ Ⅲ期		
申込日	平成 年 月 日		
ふりがな			性別
氏名			男 ・ 女
生年月日	西暦 19 年 月 日生まれ (歳)		
ご自宅	〒		
電話番号	-	-	
FAX番号	-	-	
事業所名	〒		
所在地			
電話番号	-	-	
FAX番号	-	-	
所有資格	<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 <input type="checkbox"/> 準看護師 <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"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> あん摩マッサージ指圧師 <input type="checkbox"/> はり師 <input type="checkbox"/> きゆう師 <input type="checkbox"/> 柔道整復師 <input type="checkbox"/> 栄養士(管理栄養士含む) <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 健康運動指導士等 <input type="checkbox"/> 訪問介護員2級(実務経験2年以上)		

※訪問介護員2級の方は、実務経験証明書を添付してください。