

## 第 6 回 実務者研修参加申込用紙

下記、必要事項をご記入のうえ令和 6 年 5 月 12 日（日）までに、  
ケアプランなるなる事務局へご持参いただくか、ご郵送または FAX でお送り下さい。

申込日：

ふりがな 氏 名	年齢	歳	性別	男・女
連絡先	住所（〒 - ）			
	電 話		携帯(PHS)	
	E-mail			
ご職業				
参加動機				
質問、ご要望				

### 申込用紙送付先

〒571-0063 門真市常称寺町 22-17 ケアプランなるなる  
TEL:072-886-1553 (9時~17時) FAX : 072-886-1556