

FAX番号 092-632-2880 公立学校共済組合福岡支部 福祉係あて

別紙様式

令和3年度介護講座受講希望者名簿

提出期限:令和3年6月18日(金)必着

	(フリガナ) 申込者氏名 <small>(組合員の場合、職員番号)</small>	年 齢	組合員との 続 柄	申込者が組合員でない場合		介護状況 (○で囲む)	受講希望コース					
				組合員氏名	職員番号		第1希望(○で囲む)		第2希望(○で囲む) ※希望がある場合のみ記入		第3希望(○で囲む) ※希望がある場合のみ記入	
				コース	会場		コース	会場	コース	会場		
①			本人 配偶者 その他()			・介護中(在宅・施設・病院・その他) または過去に介護をしたことがある ・無	介護実技Aコース	久留米	介護実技Aコース	久留米	介護実技Aコース	久留米
							介護実技Bコース	福岡	介護実技Bコース	福岡	介護実技Bコース	福岡
							認知症コース	宗像	認知症コース	宗像	認知症コース	宗像
②			本人 配偶者 その他()			・介護中(在宅・施設・病院・その他) または過去に介護をしたことがある ・無	介護実技Aコース	久留米	介護実技Aコース	久留米	介護実技Aコース	久留米
							介護実技Bコース	福岡	介護実技Bコース	福岡	介護実技Bコース	福岡
							認知症コース	宗像	認知症コース	宗像	認知症コース	宗像
③			本人 配偶者 その他()			・介護中(在宅・施設・病院・その他) または過去に介護をしたことがある ・無	介護実技Aコース	久留米	介護実技Aコース	久留米	介護実技Aコース	久留米
							介護実技Bコース	福岡	介護実技Bコース	福岡	介護実技Bコース	福岡
							認知症コース	宗像	認知症コース	宗像	認知症コース	宗像

※コース・会場ともいずれか1つを○で囲むこと。

上記のとおり、介護講座受講を申し込みます。

公立学校共済組合福岡支部長 殿

令和 年 月 日

所属所名

所属所長名

電話番号

所属所コード(ゴム印)

印