

NPO介護予防研究会
理事長 殿

住所〒

氏名

年齢 歳 男・女

携帯番号

Eメール @

デイサービス実習申込書

- ・ デイサービス実習を致したく申し込みます。
- ・ 実習に当たっては、実習先の誓約事項を遵守いたします。
- ・
 - ※ 実習開始後、受講生の都合により中止された場合、返金は致しません。
 - ※ 実習は、受講者の都合に合わせて月 1~4 回、1~3 時間程度を想定しています。

希望する実習開始日時及び曜日

--

実習希望地域

その他要望など

--