

# 養成講座 ・ 申込書

募集人員・各コース・8名

申込最終日・年月日…… 令和7年 4月 30日

先着順とし、定員に達した時点で締切りとさせていただきます。

## 受講費用振込先……

名前	特定非営利活動法人 介護予防推進会	理事長	平野征洋(ヒラノユキヒロ)		
銀行名	福岡銀行	支店名	国分支店	口座番号	(普)584412

振込手数料は、受講者様のご負担となります

規定により、入学を許可されて入金された場合払い戻しは、有りません

## 養成講座を選択したコースを○で囲む

- 1 ・実践集中コース<介護予防・含む>
- 2 ・プロフェッショナル 総合コース <介護予防機能訓練・含む>
- 3 ・プロフェッショナル指導科コース <介護予防機能訓練・含む>
- 4 ・介護予防 推進師コース
- 5 ・家族円満<2回>コース・家族の和みを大切にするために・健全な身体づくりの基本コース
- 6 ・家族わくわく<3回>コース・家族の和みを大切にするために・健全な身体づくりの習熟コース

申込年月日	年	月	日
-------	---	---	---

ふりがな	ふりがな	顔写真を 添付して下さい。 40mm×30mm
氏名	印	
住所		
生年月日	S・H 年 月 日 才 男女	
電話番号	自宅 携帯	
お振込名義		
資格	ご自身の資格	
就業内容	現在の仕事の内容	