

童山内科リハビリテーション病院 渉外・企画課 塚原宛

〒861-8072 熊本市室園町10-17  
TEL 096-344-3311 FAX 096-344-3312

平成24年度 春季ホームヘルパー(2級過程)養成講座受講申込書

ふりがな	
氏名	
生年月日	昭和・平成 年 月 日 生まれ 歳 H24/1/1現在
性別	男・女 ※○で囲んでください
ふりがな	
郵便番号	〒
住所	
電話番号 FAX番号	
職業 (勤め先)	
受講する 動機	
病棟の看護助手やホームヘルパーとしての就職の斡旋を希望しますか？ ・希望する    ・希望しない    ※○で囲んでください	
通学時、当院駐車場を利用しますか？ ・利用する    ・利用しない    ※○で囲んでください	
申込日	平成 年 月 日