

【申込及び問合せ先】

〒723-0053 三原市学園町1-1

県立広島大学三原キャンパス地域連携センター 社会人の学び直しニーズ担当 宛

(TEL) 0848-60-1200 (FAX) 0848-60-1134

申 込 書

プログラム名	再就職支援教育プログラム / (選択①・選択②・選択③)						
※ 希望するプログラム・選択科目に○をしてください。	スキルアップ教育プログラム						
申込者氏名 (ふりがな)							
現住所	〒 電話番号 () -						
連絡先	※ 勤務先の場合は、勤務先の名称をご記入ください。 〒 電話番号 () - 携帯番号 - -						
介護支援専門員登録番号 (8桁)							
登録都道府県	<input type="checkbox"/> 広島県 <input type="checkbox"/> その他 ()						
基礎となる資格	※ 例) 看護師, 理学療法士, 作業療法士など						

----- (切り離さないでください) -----

推 薦 書

平成21年 月 日

公立大学法人県立広島大学理事長 様

被推薦者氏名 _____

上記の者を「スキルアップ教育プログラム」の受講者として推薦します。

(推薦者) 施設・事業所名

住所

代表者職氏名

※ 申込書及び推薦書に記載する個人情報は、本研修事業以外には使用しません。