

## 夢眠さくら 初任者研修受講申込書

下記のとおり、夢眠さくら 初任者研修に申し込みをいたします。

### 受講者

フリガナ		性別	印	生年月日	昭和・平成 年 月 日 歳
氏名					
住所	〒 -				
電話番号	- -				
緊急時連絡先	- -				
現在の勤務先		勤務先の電話番号	- -		
受講の志望動機					

※受講者が未成年の場合、保護者のサインが必要です。

フリガナ		受講者との関係	印	
保護者氏名				
住所	〒 -			
電話番号 (連絡が取れるもの)	- -			

送り先

〒338-0836

埼玉県さいたま市桜区町谷 2-7-18

社会福祉法人 錦江舎

特別養護老人ホーム 夢眠さくら

問い合わせ先

夢眠さくら 初任者研修

担当 横山 卓弥

電話 048-826-6336