

おむつ検定申込書

FAX 0944-74-1507 (エーデルワイス)

郵送の場合

〒832-0061 柳川市本城町51
(株)ジーエム 介護部門「エーデルワイス」宛

| | | | | | |
|--|--|--------|---|-----|-----|
| 受検予定日 | 2023 年 6 月 24 日 | | | | |
| ふりがな | | 年 齢 | 歳 | 性 別 | 男・女 |
| 氏 名 | | | | | |
| 住 所 | (合否通知の送付先をご記入下さい) 〒 | 連絡先TEL | | | |
| | | FAX | | | |
| メールアドレス | 大文字・小文字や数字等、区別がつくようにご記入下さい | | | | |
| 資格など いずれかに○を 付けて下さい | 介護福祉士 ・ 介護支援専門員 ・ 実務者研修 ・ 介護初任者研修 医師 ・ 看護師 ・ 薬剤師 ・ 保育士 ・ 社会福祉士 ・ 学生 () 在宅で介護をされている方 その他 () | | | | |
| 事業所名 お伝え可能な方は こちらにご記入を | | | | | |
| おむつや排泄の ことで、お困り の事などあれば ご記入下さい。 | | | | | |

*頂いた個人情報はエーデルワイスにて厳重に管理し、おむつ検定及び講習会以外で使用することは一切ありません。