

# 「姿勢を変えれば・楽しい快互(介護)」

ふりがな

お名前 \_\_\_\_\_ (男・女)

S・H \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( \_\_\_\_\_ 歳)

ご職業 介護福祉関係(居宅・訪問・通所・短期入所・入居施設

その他介護職: \_\_\_\_\_ ) 一般会社員・公務員・主婦

学生(専攻: \_\_\_\_\_ )・その他( \_\_\_\_\_ )

スポーツ指導関係(健康運動指導士・健康運動実践指導士・その他( \_\_\_\_\_ )

栄養士・理学療法士・その他( \_\_\_\_\_ )

ご住所 〒 \_\_\_\_\_

携帯番号 \_\_\_\_\_ 自宅番号 \_\_\_\_\_

FAX ある ・ なし FAX 番号 \_\_\_\_\_

PC メール \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

携帯メール \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

(ハイフン・ドット a と d g と q は、はっきりとお書き下さい。)

※ 申し込み確認のご連絡、今後のご案内の為に、もれなく記入をお願い致します。  
個人情報保護法に基づき、適切にお取り扱い致します。

お申し込みのきっかけ( \_\_\_\_\_ )