



©大田区

申 込 書

介護就職セミナー《平成31年3月6日》開催

住 所 (受講票送付先)			
氏名			
連絡先			
年齢	歳	介護職場の経 験	有 ・ 無
お持ちの資格	有 ・ 無	(資格有の場合)	

送 付 先

◆FAX の場合

「大田区介護保険課 介護サービス担当」あて

FAX:03-5744-1551

◆郵送の場合

〒144-8621 大田区蒲田 5-13-14

「大田区役所介護保険課 介護サービス担当」あて