

『介護職員初任者研修』受講申込書

平成 年 月 日

フリガナ			性別	写真貼り付け 本人単身胸から上		
氏名	印	男 ・ 女				
生年月日	昭和・平成	年	月		日生	歳
住所	〒 ー					
連絡先	自宅	()	連絡可能時間			
	携帯	()	連絡可能時間			
	緊急連絡先	()	お名前	申込者との関係		

支払い方法	<input type="checkbox"/> 一括（現金） <input type="checkbox"/> 分割（ <input type="checkbox"/> 2回 <input type="checkbox"/> 5回 <input type="checkbox"/> 10回）
	分割の方はお選びください。 <input type="checkbox"/> 現金 <input type="checkbox"/> 口座引き落とし

フリガナ		
身元保証人氏名		
身元保証人住所	〒 ー	
連絡先	自宅 ・ 携帯 ・ 会社	TEL ()

※申込者が未成年の場合は、親権者の同意が必要です。以下にもご記入下さい。

フリガナ			申込者との関係
親権者 氏名	印		
親権者 住所	〒 ー		
緊急連絡先	自宅 ・ 携帯 ・ 会社	TEL	()

受講動機	<input type="checkbox"/> 介護職員・ヘルパーとして働きたい
	<input type="checkbox"/> 介護の仕事をしているので仕事に活かしたい
	<input type="checkbox"/> 身内の介護に活かしたい
	<input type="checkbox"/> ボランティアとして活動したい
	<input type="checkbox"/> 知識として知っておきたい
	<input type="checkbox"/> その他 ()

介護への 就労希望	無 ・ 有 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> その他
--------------	--

この講座をどのようにしてお知りになりましたか？

<input type="checkbox"/> ホームページ	<input type="checkbox"/> 職場からの紹介	<input type="checkbox"/> 知人の紹介	<input type="checkbox"/> その他 ()
---------------------------------	----------------------------------	--------------------------------	----------------------------------

※ご記入頂いた個人情報、研修以外の目的には使用いたしません。