

# 介護職員初任者研修 受講申込書

( \_\_\_\_\_ )月開講

		令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日提出	
フリガナ 氏名		男	生 年 月 日
		女	昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日生 ( _____ 歳)
現住所	〒 _____ 群馬県 _____ 市 _____ 郡 _____ 町 _____ 村 _____ 番地 (アパート等)		
電話	( _____ ) _____ - _____	携帯電話	_____ - _____
メールアドレス			
資格等	<p>* 該当のところに○印をつけて記入して下さい。</p> <p>1. 介護従事者 経験の有・無 経験年数(約 _____ 年 _____ ヶ月)</p> <p>2. その他( _____ ) 取得年月日( _____ 年 _____ 月 _____ 日)</p>		
勤務先	名称		
	住所	〒 _____	
	電話	( _____ ) _____ - _____	
志望動機			

- \*1. お申込みの際には、受講申込書、本人確認書類(運転免許証、または健康保険証等の写し)、振込が確認できるもの(写し)を添えて、ご提出ください。
- \*2. 当法人は、当該申込書に記載された個人情報(氏名、住所、電話番号、その他)につきましては、連絡のために利用させていただくほか、申込みの手續きに必要かつ最小限の範囲内で利用させていただきます。
- \*3. キャンセル料について  
①受講開始日前7日以内にキャンセルの申し出があった場合、受講料の半額を頂戴いたします。