受　講　申　込　書

（　　）月開講

令和　　年　　月　　日提出

フリガナ 氏　名	印　男 女	生　年　月　日 昭和 平成　年　月　日生 （　　歳）	
現住所	〒　　－ 群馬県　市　町 郡　村　番地 (アパート等)		
電　話	（　　）　－	携帯電話	－　　－
メール アドレス			
資格等	＊該当のところに○印をつけて記入して下さい。 1. 介護従事者　経験の 有 ・ 無　経験年数（約　　年　　ヶ月） 2. その他（　　）　取得年月日（　　年　　月　　日）		
勤務先 名称			
勤務先 住所	〒　　－		
勤務先 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、申込みの手続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。