

社会福祉法人 七飯有隣会 介護職員初任者研修担当者 行

FAXは 0138-65-1162

〒041-1112

郵送は 七飯町鳴川3丁目25番1号 社会福祉法人七飯有隣会  
ケアハウスフェニックスコート内

～介護職員初任者研修リモート受講申込書～

※太枠内は修了証発行の際に必要なになります。正確にご記入下さい

フリガナ		性別	申込日	令和 年 月 日
氏 名		男・女	昭 和 平 成	年 月 日生
住 所	〒 ー			
連絡先	自宅電話番号		自宅Fax番号	
	携帯電話番号		メールアドレス	
職 業 (会社名)				
この講習の募集を何で知りましたか。	<input type="checkbox"/> 新聞折込チラシ <input type="checkbox"/> 法人のホームページ <input type="checkbox"/> ポスター		<input type="checkbox"/> 広報ななえ <input type="checkbox"/> 友人、知人から <input type="checkbox"/> その他( )	
この講習を受ける動機について教えてください。	<input type="checkbox"/> 終了後、介護の職につきたい <input type="checkbox"/> 家族の介護に役立てたい <input type="checkbox"/> 現在の職場で必要だから <input type="checkbox"/> その他 ( )			
介護の経験はありますか。	<input type="checkbox"/> あり 内容を教えてください。( ) <input type="checkbox"/> なし			
受講料の支払いについて。	<input type="checkbox"/> 一括払い <input type="checkbox"/> 分割払いA(8,000円×10回) <input type="checkbox"/> 分割払いB(10,000円×8回) ※受講者が未成年者の場合、分割払いの契約は保護者となります。			

上記申込書に、必要事項をご記入の上FAX、郵送、持参のいずれかでお申し込み下さい。

こちらに届きましたら、ご連絡させていただきます。

締切 5月 14日必着！

※ご提供いただいた個人情報は、当研修の運営以外には使用いたしません。

※ 講習事務局チェック欄(下記には記入しないで下さい)

受付日	受講料納入日	通知日	備考欄
/	/	/	