

(学生用)

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 0138-66-6678

〒041-1135

郵送は 七飯町緑町3丁目1番18号 社会福祉法人七飯有隣会
ゆうりんⅡみどりまち内

～介護職員初任者研修受講申込書～

※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	
保護者氏名		職 業 (会 社 名)		
この講習の募集を何で知りましたか。	☐ 新聞折込チラシ ☐ 広報ななえ ☐ 法人のホームページ ☐ 友人、知人から ☐ ポスター ☐ その他()			
この講習を受ける動機について教えてください。	☐ 終了後、介護の職につきたい ☐ 家族の介護に役立てたい ☐ 現在の職場で必要だから ☐ その他 ()			
介護の経験はありますか。	☐ あり 内容を教えてください。() ☐ なし			
受講料の支払いについて。	☐ 一括払い ☐ 分割払いA(7,000円×10回) ☐ 分割払いB(10,000円×7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 9月 12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
/	/	/	