

# 介護職員初任者研修受講申込書

5月7日スタート 木コースの介護職員初任者研修【通信制】に申し込みます。

※は必須項目です。必ず記入してください。

フリガナ※			
氏名※			
生年月日※	昭和・平成	年	月 日（満 歳）
住所※	〒 -		
TEL			
携帯電話※			
メールアドレス※	(携帯可、ご連絡は基本メールでお送りしますので、必ず記入してください)		
緊急連絡先※	続柄 _____		
勤務先名 電話番号	( )		
介護実務経験※	年	ヶ月	年 月 ~ 年 月勤務
介護系資格・修了研修※	<input type="checkbox"/> 生活援助従事者研修 <input type="checkbox"/> 認知症介護基礎研修 <input type="checkbox"/> ヘルパー3級 <input type="checkbox"/> 入門的研修（ <input type="checkbox"/> 基礎・入門講座 <input type="checkbox"/> 入門講座のみ）		
この講座を何でお知り になりましたか	<input type="checkbox"/> 広告（ ） <input type="checkbox"/> インターネット <input type="checkbox"/> 当社ホームページ <input type="checkbox"/> 紹介（ ） <input type="checkbox"/> その他（ ）		
受講について※	原則全日程参加できる方が対象です。全ての日程に参加できるかを確認してください。 <input type="checkbox"/> 全日程への参加可能であることを確認しました		
受講料について※	開講日の7日前（開講日含まず）以降のキャンセルにつきましては、受講料返還請求には一切 応じることができません。 (受講態度が著しく悪く、当法人の判断において受講の停止を命じた場合も同様) ○私は上記内容について説明を受け、これに同意します。 氏名 (自著)		

※知り得た個人情報は、当講座管理業務の目的以外で使用いたしません。  同意します