①太線枠内の必要事項を記入→②本人確認書類を添付→③郵送又はFAXにてお申込ください

介護職員 初任者研修 申込書

申込日	年 月 日 _____ 月コースの受講を申し込みます					証明写真は 貼らずに 開講初日に1枚 ご持参下さい		
フリガナ								
氏名	<small>※本人確認書類と同じ名前・字体</small>							
生年月日	昭和・平成	年	月	日	性別	男・女	年齢	歳
フリガナ								
現住所	〒							
連絡先	自宅TEL	()			携帯TEL	- -		
	メールアドレス	<small>※PCメールが受信可能なアドレス</small>						
職業	☐ 会社員 ☐ 主婦 ☐ パート・アルバイト ☐ 学生 ☐ 自営 ☐ 求職中 ☐ その他 ()							
	介護職の経験：無・有 (☐ 施設 ☐ 病院 ☐ 訪問 ☐ 家族介護 ☐ 障害福祉 ☐ その他 ()							
分割支払	☐ 受講料分割払い希望 (☐ 3回払い ☐ 2回払い) <small>※分割手数料はかかりません。1回のお支払い金額は2万円以上です。</small>							

【法人】請求書払いの場合はご記入ください

法人名				(印)	管理者様 (ご担当者様)			
住所 (請求書送付先)	〒							
	TEL	()			FAX			

本人確認書類 (下記のいずれか1点) 貼付欄

運転免許証 健康保険証 パスポート 在留カード (在日外国人の方) 住民票 (発行サイズでご提出下さい)

申込先	郵送	〒379-2132 群馬県前橋市東善町108-10 福祉サービス研究所 研修担当宛						
	FAX	027-289-9898			【お急ぎの方】FAXでのお申込みは24時間受付中！			

問合先：027-289-4774 (平日9時～17時30分) お電話は転送になる場合がございますが、そのまま切らずにお待ちください。
 ※お申込み後、7営業日以内に当社からの通知がない場合、お手数ですが研修センターへご連絡下さい。
 ※申込書は受講を決定するものではありません。郵送申込みの方は控えをとり「受講決定通知書」が届くまで保管して下さい。