

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	※本人確認書類と同じ名前・字体							
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	※PCメールが受信可能なアドレス						
職業	<input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> 主婦 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 自営 <input type="checkbox"/> 求職中 <input type="checkbox"/> その他 ()							
	介護経験の有無： <input type="checkbox"/> 有（経験年数： 年 か月） <input type="checkbox"/> 未経験 <input type="checkbox"/> 家族介護 現在の勤務先：施設種別【 】 職種【 】							
分割支払	受講料分割払い希望（ <input type="checkbox"/> 3回払い <input type="checkbox"/> 2回払い）※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。							

【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 ☐マイナンバーカード ☐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）

--

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。

(ver.R8)