

介護職員初任者研修 受講申込書

年 月 日 申込

フリガナ		性別	生年月日	昭和 平成	年	月	日	
氏名	印	男・女 <small>・ 回答しない</small>	(年齢)					歳
住所	(〒 -)							
自宅電話	()		携帯番号	()				
メールアドレス								
ご職業	1.主婦 2.学生 3.アルバイト・パート 4.介護職 5.会社員 6.自営業 7.その他()			勤務先				
介護職 実務経験	経験あり (経験年数 年 ヶ月)					経験なし		
	訪問介護 ・ デイサービス ・ 老人ホーム ・ 障害者施設 ・ その他 ()							

受講コース選択(ご希望のコースにチェックを入れてください)

コース	<input type="checkbox"/> 介護初任者研修 1ヶ月コース ()月 開講 <input type="checkbox"/> 介護初任者研修 週1日コース ()月 開講
-----	--

お支払方法	<input type="checkbox"/> 振込支払い <input type="checkbox"/> 開場持込
-------	--

当スクールを お知りになった きっかけ	<input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> SNS(Twitter) <input type="checkbox"/> SNS(LINE) <input type="checkbox"/> SNS(Instagram) <input type="checkbox"/> BrushUP <input type="checkbox"/> シカトル <input type="checkbox"/> その他 ()
---------------------------	---

申込書受け付け後

- ※ 申込書を受付後、受講までのご案内を送付させていただきますので、内容に従って手続きを行ってください。
- ※ 教材テキストは講座初日にお渡しいたします。

介護職初任者研修 お申込み

FAX送付先：011-207-7870

お問い合わせ電話番号：011-251-0707 (受付時間 月曜～金曜9時～18時)

※当スクール記入欄

受付	案内送付	支払期日	入金確認