

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 ・ 回答しない	(年齢)	歳			
住所	(〒 ー)						
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	☐ 介護初任者研修 1ヶ月コース ()月 開講

お支払方法	☐ 振込支払い ☐ 会場持込
-------	--

当スクールを お知りになっ たきっかけ	☐ ホームページ	☐ SNS(Twitter)	☐ SNS(LINE)	☐ SNS(Instagram)
	☐ BrushUP	☐ シカトル	☐ 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。

※ 教材テキストは受講料入金後また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： 0 1 1 - 2 0 7 - 7 8 7 0
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