



受講申込書 コース名 介護職員初任者研修(通学・通信)

かがやきヘルパースクール伊丹校 行

私は介護職員初任者研修(通学・通信)の受講したいので申込みいたします。 _____ 年 _____ 月 _____ 日 提出

フリガナ			性別	男	・	女
氏名	(歳)		生年月日	(西暦 年)		
			S ・ H	年	月	日
フリガナ						
住所	〒 _____					
連絡先	TEL () / 携帯 ()					
メールアドレス						
※本人確認のできる証明書(免許証など)のコピーを持参の上、通学時に、ご提示ください。						
勤務先	勤務先名					
	勤務先住所 〒 _____					
	勤務先 TEL / FAX TEL () / FAX ()					
● 受講料納入 予定日	月 日					

※当法人で開催する介護職員初任者研修(通信)に際して提出頂いた個人情報厳正に管理し、本研修以外には使用しません。

●受講申込方法

受講申込書に必要事項を記入し郵送もしくはFAX までお願いいたします。

事務局使用欄

受付No.	受付日	受付者	本人確認	振込確認	備考
			☐ チェック	☐ チェック	