

受講申込書

申込日 令和 年 月 日

フリガナ			
氏 名	印	性別	男・女
生 年 月 日	昭和・平成 年 月 日 (歳)		
郵便番号	—		
住 所			
電 話 番 号	自宅 ()		
	携帯 ()		
勤務先・学校	電話番号		
未成年の場合 保護者記入欄	介護職員初任者研修受講に同意します。 氏名： 印 続柄：		
通 学 方 法	・自家用車 ・ 自転車 ・バイク ・公共交通機関 ・徒歩		
本 人 確 認	① 住民票 ②住民基本台帳カード ③在留カード ④健康保険証 ⑤運転免許証 ⑥ パスポート ⑦国家資格等の免許証又は登録証 ※いずれかひとつで可		
研修コース	・週2回（火・金）		
修了後の意向 について	・就業希望あり ・就業希望なし ・就業中 ・在宅介護		

受講申込みについて

※太枠の中をご記入ください。

- ① 受講申込書に必要事項を記入し事務局まで持参し、本人確認をいたします。
- ② 書類確認後、受講決定のご連絡をいたします。
- ③ 受講決定後、期日までに事務局まで受講料の納入をお願いします。
- ④ 教材については、初日に配布いたします。
- ⑤ 受講人数に満たない場合は開講を見合わせる場合があります。

受付職員氏名	本人確認	添付書類	説明事項	受講料
	☐ チェック	添付番号 ()	☐ 研修日程 ☐ 昼食持参	済・未