

介護職員初任者研修 受講申込書

平成 年 月 日申込

私は介護職員初任者研修の受講申込をするにあたり、次項『受講に関する同意書』に同意します
 □同意します。(左記□にチェックの上、下記必要事項をご記入下さい)

フリガナ		性別	生年月日 (年齢)	昭和	年	月	日
氏名	印	男・女		平成			
フリガナ 住所	(〒 -)						
電話	(日程等をお伝えすることがございますので、日中連絡ができる連絡先を記入下さい)						
	自宅:	()					
	携帯:	()					
職業	1. 学生 2. 会社員 3. 主婦 4. 介護職 5. アルバイト・パート 6. その他()						

本人確認について

<身分を確認できるもの>		
・運転免許証の提示	・パスポートの提示	・健康保険証の提示
・年金手帳の提示	・在留カードの提示	・住民基本台帳カードの提示
・戸籍謄本、戸籍抄本もしくは住民票の提出		

受講コース選択

Aコースを受講するものは下記①②③④の全てを満たしているもの、Bコースを受講するものは下記①②③の全てを満たしているものとする。		
①満18歳以上で大阪府近郊在住または在勤でちくりんの里に通学可能な者		
②修学に支障のない者		
③介護職員として従事する予定または従事することを希望する者		
④介護職員としてちくりんの里で就労している者		
コース	<input type="checkbox"/> 社)春風会 介護職員初任者研修 Aコース	
	<input type="checkbox"/> 社)春風会 介護職員初任者研修 Bコース	
支払方法	<input type="checkbox"/> 一括払い <input type="checkbox"/> 分割払い(2回) <input type="checkbox"/> 分割払い(3回)	

※当法人記載欄

受付	入金確認日	教材発送