介護職員初任者研修
受　講　申　込　書

開講日　　年　　月　　日
受付日　　年　　月　　日

太枠内を全てご記入ください。

フ リ ガ ナ		性　別	男 ・ 女	**写真貼付欄** ・3cm×4cm ・上半身正面・脱帽 ・最近3か月以内に撮影したもの ・写真裏面へ氏名記入
氏　　名	㊞			
生 年 月 日	昭和 ・ 平成 年　　月　　日	年　齢	歳	
現　住　所 連　絡　先	〒　　－ （番地、マンション名等も正確にご記入ください。） 電 話 番 号　（　　）　　－ 携 帯 番 号　（　　）　　－ メールアドレス			
緊 急 連 絡 先	※緊急時に連絡が取れる電話番号をご記入ください。 緊急①　氏名　　続柄（　　）　電話番号（　　）　－ 緊急②　氏名　　続柄（　　）　電話番号（　　）　－			
勤　務　先 学　校　名	職種（　　）			
介 護 経 験 （どちらかに〇）	有り（実務経験　　年　　ヶ月）　・　無し			

受　講　料 （テキスト代込み）	対象コース（どちらかに〇）	受 講 料	提 出 書 類（各証明書の写しを添付）
	一　般	80,000 円	身分証明書（免許証・健康保険証）
	学　生	64,000 円	学生証・身分証明書（免許証・健康保険証）

支 払 い 方 法 （どちらかに〇）	一括払い　・　分割払い（3回）

受講を希望される理由をご記入ください。

【個人情報の取扱いについて】　*個人情報は本講座以外の目的に使用いたしません。 *個人情報保護方針に従い、厳重に取扱いいたします。

医療福祉サポートセンター