

介護職員初任者研修 受講申込書

フリガナ 氏 名	(男 ・ 女)	
生年月日	昭和 ・ 平成 年 月 日生 (歳)	
住 所	〒	
電話番号	自 宅	
	携 帯	
勤務先名		
介護職の経験	有 ・ 無	
	※有の場合は、経験年数・内容・資格等を記載してください。	
受講動機		
本研修を何で 知りましたか (複数回答可)	①研修センターからのDM ②ホームページ ③お役立ち新聞 ④病院にあるチラシを見て ⑤ふれあいグループからの紹介 ⑥勤務先からの紹介 ⑦家族・知人からの紹介 ⑧その他 ()	

※特典に該当する場合はご記入ください。ただし、「早割り」適用の方は対象外です。

お友達ご紹介 キャッシュバック	研修に申し込んだ受講生からの紹介で、知り合いの方が研修を受講・修了した場合、紹介者に 3,000 円をキャッシュバックします。	
	紹介者のお名前	
なかよしペア割	2人以上で申し込んだ場合、それぞれの受講料を 3,000 円割り引きします。	
	ペアの方のお名前	

※本申込書に記載された個人情報は、本研修の目的以外には使用いたしません。

【事務局処理欄】

受付日	確認印
/	