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（　　）	

※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。

【ペア割記入欄】

２人以上で申し込んだ場合、それぞれの受講料を 3,000 円割り引きます。該当する場合は、下記にペアの方のお名前をご記入ください。ただし、「早割り」適用の方は対象外です。

ペアの方のお名前	

【事務局処理欄】

受付日	確認印
/	