

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 ④病院にあるチラシを見て ⑥勤務先からの紹介 ⑧その他 (②ホームページ ⑤ふれあいグループからの紹介 ⑦家族・知人からの紹介	③お役立ち新聞)

※本申込書に記載された個人情報、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。

ペアの方のお名前	
----------	--

【事務局処理欄】

受付日	確認印
/	