

郵送もしくは FAX ☎ 089-911-0006 までお願い致します

# 令和7年度 介護職員初任者研修 受講申込書

フリガナ		生年月日	昭和・平成	年	月	日	歳
お名前		(携帯/自宅)					
住 所	〒						写 真
							(3 cm×2.5 cm) スナップ写真可 開講後、ご持参ください
メールアドレス (必須)	@						
職 業	1.介護従業者(パート・アルバイト含む) 2.会社員 3.自営業 4.パート・アルバイト 5.主婦 6.無職 7.学生 8.その他 ( )						
●講座の修了後に介護の仕事に就きたいですか？ (はい・いいえ・わからない・就業中)							
希 望	令和7年度 (第 回) コース						
コ ー ス	開講日 令和7年 月 日						
お 支 払	<input type="checkbox"/> 一括払い (領収日 月 日 )						
	<input type="checkbox"/> 早割						
	<input type="checkbox"/> 法人割 (事業所名 : )						
<input type="checkbox"/> 特定一般教育訓練給付を利用しません <input type="checkbox"/> 特定一般教育訓練給付を利用します ↓ (利用の場合、開講の2週間前までにH-ワークで受給資格確認とジョブカードの作成をお願いします)							
Q.通学の交通手段を教えてください ( 自家用車・バイク・自転車・電車・徒歩 )							

※会社使用欄につき記入はご遠慮ください。

受 付 番 号		修 了 日・修 了 番 号	R . .	
確 認	<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> 住民票	<input type="checkbox"/> 保険証	<input type="checkbox"/> その他 ( )