介護職員初任者研修課程
受講申込書

受付番号		※受講者番号		
フリガナ				
氏　名 （注１）				
生年月日	昭和・平成　　年　　月　　日（　　歳）		性別	男　・　女
住　　所	〒　　－			
TEL				
FAX				
緊急連絡先 （携帯談話等）				
現在の状況 受講動機等 （いずれかに○印を記入のこと）	①　研修日程全てを受講することが １．できる　　２．できない ②現在の仕事状況 １．離職中　　２．休職中 ３．就職中　　（勤務先　　） ４．その他　　（　　） ③受講動機 １．介護職員初任者資格所得後、介護職場で働きたい ２．介護職場への就職を考えているため ３．家族の介護をするため ４．将来のために資格をとっておきたい ５．その他　　（　　）			
資　　格				

・（注１）氏名欄は、修了証明の氏名になりますので、楷書で正確に記入してください。
・※欄には記入しないでください。
・運転免許証等の写しを添付してください。
・研修開始の７日前を過ぎてのキャンセルについては、受講料の返金は出来ません。但し、それ以前のキャンセルにつきましては、全額返金いたします。
・受講途中で講師が受講態度等で不適切と判断された場合には、受講取消しの処分となることもありますので、ご了承下さい。

2020年　　月　　日

住　　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　㊞