

介護職員初任者研修通信講座受講申込書

フリガナ			
氏名	生年月日	昭和・平成 年 月 日生	
	年齢 () 歳	男 ・ 女	
住所	〒 _____		
電話番号		携帯電話	
職業等	※該当する項目に必ず○をご記入ください 現職 ・ 求職中 ・ 無職 ・ 主婦 ・ 学生		
	職業（職種）		
	勤務先		
教えてください	この講座を何によってお知りになりましたか？（複数回答可・□にチェックをお願いします） <input type="checkbox"/> ①家族・知人 <input type="checkbox"/> ②勤務先 <input type="checkbox"/> ③ホームページ・雑誌 () <input type="checkbox"/> ④県や市などの公共案内 <input type="checkbox"/> ⑤その他 ()		
その他			
車通学について ※どちらかに☑を入れてください	<input type="checkbox"/> 車通学を希望する	➔ 車通学希望の方は、必ずご記入ください。 車両メーカー・車種・ナンバー	
	<input type="checkbox"/> 車通学を希望しない		

希望のコースを選択して☑を入れてください。

	月・コース
<input type="checkbox"/>	4月（通学）週1水曜コース
<input type="checkbox"/>	5月（通学）週1金曜コース
<input type="checkbox"/>	6月（通学）週1土曜コース

	月・コース
<input type="checkbox"/>	7月（通学）週1水曜コース
<input type="checkbox"/>	8月（通学）週1金曜コース
<input type="checkbox"/>	9月（通学）週1水曜コース

上記により申込みます。

平成 年 月 日

申込者氏名

