

介護職員初任者研修通信講座受講申込書

フリガナ			生年月日	昭和・平成	年	月	日生
氏名			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"/>	平成 29 年 4 月 (通学) 週 1 土曜コース
<input type="checkbox"/>	平成 29 年 5 月 (通学) 週 1 日曜コース
<input type="checkbox"/>	平成 29 年 6 月 (通学) 週 1 金曜コース

	月・コース
<input type="checkbox"/>	平成 29 年 7 月 (通学) 週 1 土曜コース
<input type="checkbox"/>	平成 29 年 8 月 (通学) 週 1 日曜コース
<input type="checkbox"/>	平成 29 年 9 月 (通学) 週 1 金曜コース

上記により申込みます。

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

申込者氏名



専門学校アリス学園