

地域と共に



介護職員初任者研修講座申込書

平成28年度 (平成28年10月開講)

申込日	平成 年 日			
フリガナ		性別	生年月日 (年齢)	
氏名		男・女	昭・平	年 月 日 ()歳
住所	〒			
連絡先	携帯電話			
	ご自宅電話番号			
	日中連絡可能な電話番号			
	緊急連絡先(続柄)			
	保護者(未成年者)	* 必須		
勤務先・学校	フリガナ	-----		
	会社・学校名			
	〒			
ご職業(業種)				
介護実務経験	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	(経験・勤務年数 年 カ月)	
本人確認書類	<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> 健康保険証	<input type="checkbox"/> その他()	
備考	希望学期に○を付けてください。			
	第1期	10/11(火)	12/10までにお申し込みの方対象！！ キャンペーン価格実施中！！	
	第2期	12/12(火)		
短期夜間コース(問い合わせ必須)				

鈴蘭株式会社 TEL 029-886-8451 Fax 029-886-8452

鈴蘭学院 TEL 029-846-6860 Fax 029-846-6861

*** 電話またはFAXで12/10までにお申し込みください。定員15名になり次第締め切り。**

* 今回提供頂きますデータは個人情報になりますのでこの事業以外には使用いたしません。

* 終了証に「氏名」「生年月日」が記載されますので、正確に記入をお願いいたします。