　FAX　　022-384-1680

令和6年度介護職員初任者研修課程　受講申込書

年　　　月　　　日

本研修につき受講致したく、下記の通り申し込みいたします。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 性別 | | 男　　　　女 |
| 受講者氏名 |  | 生年月日  年　　齢 | | 昭和・平成  年　　月　　日生  歳 |
| 住　　　所 | 〒　　　－  ＴＥＬ　　　　　－　　　　　－　　　　　　　　携　帯　　　　　　－　　　　　－  メール　　　　　　　　＠　　　　　　　　　　　 連絡の取りやすい時間帯（　　　：　　　～　　　：　　　）  ※連絡手段の第1希望（　自宅電話　・　携帯　・　メール　） | | | |
| 緊急連絡先 | 氏名 | | 連絡先 | |
| 住所 | | 本人との関係 | |
| 勤務先又は  職業  学校名 |  | | | |
| 申込コース | □ 4月生　令和6年4月9日～7月9日  □ 10月生　令和6年10月24日～1月30日 | | | |
| 受講希望の理由等(詳しくご記入下さい) |  | | | |
| ＊未成年の方は保護者の同意をお願いします。  保護者署名　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 | | | | |