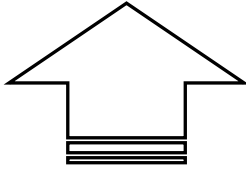


FAX 022-384-1680



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 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	<input type="checkbox"/> 4月生 令和6年4月9日～7月9日 <input type="checkbox"/> 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	