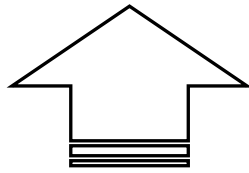


FAX 022-384-1680



令和 7 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	☐ 4 月生 令和 7 年 4 月 10 日～7 月 10 日 ☐ 10 月生 令和 7 年 10 月 23 日～1 月 29 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	