

人材育成研修施設 ひといく伊月

介護福祉士実務者研修 受講申込書

私は、**介護福祉士実務者研修**の受講を申し込みます

申込日：令和 年 月 日

フリガナ			
氏名			
生年月日		性別	男 ・ 女
住所	〒 -		
電話番号		携帯電話	
緊急連絡先 電話番号	氏名： 続柄： () -		
メールアドレス			
申込時提出書類 (本人確認書類) ※いずれか1つで可	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> 学生証	<input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> パスポート	
研修を知った きっかけ	<input type="checkbox"/> インターネット <input type="checkbox"/> 紹介 <input type="checkbox"/> 看板	<input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> 広告・チラシ <input type="checkbox"/> その他 ()	
既修了資格 ※有資格者のみ記載	<input type="checkbox"/> 資格証 (初任者研修・ホームヘルパー1級・ホームヘルパー2級 ホームヘルパー3級・介護職員基礎研修・医療的ケア) その他 ()		
希望するコース	4月～9月コース ・ 10月～3月コース		
支払方法	<input type="checkbox"/> 現金	<input type="checkbox"/> 銀行振込 (手数料：受講生負担)	
支払い回数	<input type="checkbox"/> 一括払い	<input type="checkbox"/> 分割払い	
法人への就職	<input type="checkbox"/> 希望する	<input type="checkbox"/> 希望しない	<input type="checkbox"/> 既存職員 ※法人就職者のみ受講料の支払が一部減額されます。

(裏面へ続く)

