

介護職員初任者研修受講申込書

記入日 令和 年 月 日

私は、本研修の受講決定通知書送付後に申込者都合によるキャンセル・辞退をする場合も授業料を全額負担すること及び、研修日程表の全研修出席を同意したうえで、以下のとおり、ジャパンホームケアスクール主催介護職員初任者研修受講を申し込みます。内容をお読みいただき同意する場合はを記入してください 同意しました。

フリガナ		性別	生年月日	昭和・平成
氏名		男・女	年齢	年 月 日 (歳)
自宅住所	〒 ー			
連絡先	(電話)	ー	ー	
	(携帯)	ー	ー	
メールアドレス	(PC)			
	(モバイル)			
希望コース	月コース			
職業	該当するところに <input checked="" type="checkbox"/> を記入してください。 <input type="checkbox"/> 主婦 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> アルバイト・パート <input type="checkbox"/> 福祉施設職員 <input type="checkbox"/> ホームヘルパー <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> 公務員 <input type="checkbox"/> 求職中※ <input type="checkbox"/> その他()			
お勤め先	〒 ー (社名)			
	(住所)			
職場連絡先	(電話)	ー	ー	
※求職中の方へ <input checked="" type="checkbox"/> をお願いいたします	当校で実施しております【就職サポート】に登録を <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない			
ご希望の受講決定通知案内手段に <input checked="" type="checkbox"/> を記入してください。				
<input type="checkbox"/> 自宅へ郵送	<input type="checkbox"/> 自宅へFAX	(FAX番号:	ー	ー)
<input type="checkbox"/> 勤務先へ郵送	<input type="checkbox"/> 勤務先へFAX	(FAX番号:	ー	ー)
受講料についての記載				
受講料				49,800円
中央法規出版・介護職員初任者研修テキスト				5,500円
小計				55,300円
受講料合計				55,300円