

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	〒 —			
連絡先	(電話)	— —		
	(携帯)	— —		
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☑を記入してください。 ☐ 主婦 ☐ 学生 ☐ アルバイト・パート ☐ 福祉施設職員 ☐ ホームヘルパー ☐ 自営業 ☐ 会社員 ☐ 公務員 ☐ 求職中※ ☐ その他()			
お勤め先	〒 — (社名)			
	(住所)			
職場連絡先	(電話) — —			
※求職中の方へ ☑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 ☐希望する ☐希望しない			
ご希望の受講決定通知案内手段に☑を記入してください。				
☐ 自宅へ郵送 ☐ 自宅へFAX (FAX番号: — —) ☐ 勤務先へ郵送 ☐ 勤務先へFAX (FAX番号: — —)				
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			5,720円	
小計			55,520円	
受講料合計			55,520円	