

介護職員初任者研修受講申込書

次のとおり受講したいので申し込みをいたします。

本人顔写真
3cm×4cm

申込日	年 月 日					
ふりがな						
氏名						
生年月日	昭・平	年	月	日 ()歳	性別	男・女
現住所	〒 ー					
(郵便物が届く場所)	〒 ー					
電話番号	()					
携帯番号						
勤務先	法人名 (会社名)					
	事業所名					
	所在地					
	電話番号		FAX番号			
保持資格				介護経験	あり・なし	
コース名	1月(通信)コース			開始期間	R2年 1月 15日 ~	
潤生園に 就職希望はありますか	有り・考え中・条件などを相談してみたい・全くなし					

※ 記入いただいた情報は、当該研修の運営及び統計資料の作成に使用することがありますので、改ご了解ください。左記以外の目的で本人の了解なく個人情報を第三者に開示することはありません。