

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	〒 -		
(郵便物が届く場所)	〒 -		
電話番号			
携帯電話			
メールアドレス	(連絡事項のお知らせで使用します)		
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	9月(通信)コース	開始期間	R2年 9月 10日 ~
科目免除	「介護に関する入門的研修」修了者の科目免除希望の有無 科目免除を希望する ・ 科目免除を希望しない		
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。
上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。

※「介護に関する入門的研修」を修了し、科目免除を希望される方は修了書の写しを同封して下さい。