埼玉介護アカデミー事務局

FAX　０４８０－４８－６９５２（24時間受付）

介護職員初任者研修　受講申込書

申込日	平成　　年　　月　　日		
申し込みコース	介護職員初任者研修講座【　　】月　　週１日【日曜】コース		
	姓	名	
フリガナ			
氏　名			
生年月日	昭和・平成　　年　　月　　日	年齢	歳
性別	□　男性　　□　女性	通学方法	車・電車・自転車
フリガナ			
住所	〒 県　　市・郡 町・村 ＊アパート・マンション等の場合は、名称・部屋番号まで記入ください。		
電話番号			
携帯番号			
職業	□　主婦　□会社員　□パート・アルバイト　□学生　□介護・福祉従事者 □　自営業　□無職　□その他（　　）		
支払方法	□現金一括　　□分割払い（　□２回・□３回　どちらかにチェックしてください　）		
本人確認	□運転免許証　□健康保険証　□在留カード □パスポート　□年金手帳 □戸籍謄本　□住民票　□国家資格証		
＊受講される方が１８歳未満の場合は、保護者のご署名とご捺印お願いいたします。			
保護者氏名	㊞		

＊上記申込書の枠内は、もれなくご記入ください。