

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	令和 年 月 日		
申し込みコース	介護職員初任者研修講座 9月コース 【週1回・日曜日】		
	姓	名	
フリガナ			
氏名			
生年月日	昭和・平成 年 月 日	年齢	歳
性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	通学方法	車・電車・自転車
フリガナ			
住所	〒		
☎			
メールアドレス			
職業	<input type="checkbox"/> 主婦 <input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 介護・福祉従事者 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
支払方法	<input type="checkbox"/> 現金一括 <input type="checkbox"/> 分割払い ( <input type="checkbox"/> 2回・ <input type="checkbox"/> 3回 どちらかにチェックしてください )		
本人確認	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 戸籍謄本	<input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 住民票	<input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> 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。