

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	年 月 日		
申し込みコース	介護職員初任者研修講座 _____ 月 (_____ 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	<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	〒 _____ 県 _____ 市・郡		
	_____ 町・村		
	<small>*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。</small>		
電話番号			
携帯番号			
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"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 住民基本台帳カード <input type="checkbox"/> 戸籍謄本 <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> 国家資格証		資格番号等記入 「 _____ 」
	<small>*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。</small>		
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。