

介護職員初任者研修（通信）受講申込書

私は上記の講座の受講を申し込みます

フリガナ		
氏名	Ⓜ	
生年月日	S・H	年 月 日
住所	〒 —	
連絡先	自宅電話番号	
	自宅FAX番号	
	携帯電話番号	
	メールアドレス	
実務経験の有無	(有・無)	介護業務従事期間 365 日以上で、かつ従事日数 180 日以上
本人確認の為の身分証のコピーの提出	※ 大阪府の実施要領により受講には提出が必須になっています <input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> その他	
本講座は何でお知りになりましたか?	<input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> ポスター・ビラ <input type="checkbox"/> 健康友の会みみはら「とも」 <input type="checkbox"/> 紹介 職員・その他 ()	
受講料支払方法	<input type="checkbox"/> 現金 <input type="checkbox"/> 振込 <input type="checkbox"/> 分割払い希望の場合は分割回数 () 回 <input type="checkbox"/> 振込先 三井住友銀行 堺支店 普通 7368841 <input type="checkbox"/> 振込先 ゆうちょ銀行 記号 14170 番号 88238201	

当校記入欄（下記には記入しないでください。）

受付日	ご入金日	通知日	備考欄
/	/	/	

特定非営利活動法人 結いの会ともうず