

※受付番号	
※受付日	

平成30年度 第1回介護職員初任者研修受講申込書

ふりがな		男	生年月日	
氏名		・		(歳)
住所	〒 (-)			
電話番号	() -	携帯番号	() -	
職業	<input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 会社員・自営業 <input type="checkbox"/> 主婦 <input type="checkbox"/> 求職中 <input type="checkbox"/> 看護助手・介護助手 <input type="checkbox"/> その他			
勤務先		電話番号	() -	
受講目的	※書類選考の際に参考とさせていただきます。			
希望コース	<input type="checkbox"/> 特別免除制度コース（一定期間グループ法人内での勤務を希望される方） <input type="checkbox"/> 常勤希望 <input type="checkbox"/> 非常勤希望 <input type="checkbox"/> 一般コース（その他の方）			
本人確認書類	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 戸籍謄本又は戸籍抄本 <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> 住民基本台帳カード			

上記のとおり申込みいたします。

平成 年 月 日

住所

氏名

印