

介護職員初任者研修受講 申込書

申し込み日 令和 年 月 日

申し込みコース	令和 6年 6月コースを申し込みます		本申込書および欄外をお読みの上お申し込みください。	
フリガナ			生年月日 昭和 平成 年 月 日	
氏名			印	性別 男 女
住所	〒 (マンション名なども記載ください)			
電話番号	()	FAX番号		
携帯番号	()	メールアドレス		
未成年者の方は親権者の同意が必要です。		親権者	親権者Tel ()	
受講料の支払方法		振り込み 現金		
※お振込みの場合は申込時に振込票をお渡しします				

※受講時間は初任者研修修了認定に必須のものとなります。欠席がある場合は、予定の受講期間を超える場合がございます。(その場合追加料金が発生することがあります。)

※営業時間：平日9：00～17：00

休日：土曜・日曜・祝祭日

お問い合わせの対応は営業時間内をお願いいたします。

お申込はお電話またはFAXで！

JMTC古川教室 TEL：0229-21-7277 FAX：0229-21-7288