

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 7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佐沼教室 TEL：0220-44-4285 FAX：0220-44-4286