

# 介護職員初任者研修 受講申込書

(通信コース・伊勢)

提出日 令和 年 月 日

R6年5月14日スタート R6年5月コース

|  |  |  |              |
|--|--|--|--------------|
| ふりがな   |  | 生年月日                                   | 受講 No.       |
| 氏名   | 印  | S<br>H 年 月 日<br>満 ( ) 歳                | ※事務局記入欄      |
| 住所   | 〒 _____  |  |              |
| 職業   | 学生・会社員・主婦・その他 ( ) ※介護職の経験 有 ・ 無                            |  |              |
| 連絡先  | TEL ( ) -<br>FAX ( ) -                                     | 携帯電話<br>( ) -                          |              |
| 緊急連絡先  | 続柄 ( ) TEL ( ) -   |  |              |
| e-mail   | @  |  |              |
| 受講料<br>支払方法  | <input type="checkbox"/> 現金<br><input type="checkbox"/> 振込 | 三十三銀行・四郷(よごう)支店<br>普通) 1096232 有限会社くろべ | 払い予定日<br>月 日 |
| ◎この講座を何でお知りになりましたか<br><input type="checkbox"/> 新聞 <input type="checkbox"/> 広告 <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> ハローワーク <input type="checkbox"/> 知人 <input type="checkbox"/> 弊社案内 <input type="checkbox"/> その他 ( ) |  |  |              |
| 身分証明貼付欄 (※運転免許証、学生証、パスポート等のコピーを貼り付けてください)  |  |  |              |

有限会社くろべ サンマイン事業部

(事務局記入欄)

|        |                       |     |
|--------|-----------------------|-----|
| お申込日 / | 入金確認： 済 ( / ) 振込 ・ 持込 | 担当： |
|--------|-----------------------|-----|

**申込書送信先： FAX 059-325-6702 (有)くろべ四日市事務所**