

介護職員初任者研修 受講申込書

(通信コース・伊勢)

申請日 令和 年 月 日

月 日スタート R4年5月コース

ふりがな			生年月日	受講 No.
氏名	印	S H	年 月 日 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 () _____	—	携帯電話	() _____
	FAX () _____	—		
緊急連絡先	続柄 () TEL () _____			
e-mail	@			
受講料 支払方法	<input type="checkbox"/> 現金	三十三銀行・四郷(よごう)支店		払い予定日
	<input type="checkbox"/> 振込	普通) 1096232 有限会社くろべ		月 日
◎この講座を何でお知りになりましたか				
<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