

受講申込書

【十和田第一病院介護職員初任者研修】

申込日 平成 年 月 日

フリガナ				写真貼付 縦 4cm 横 3cm 裏面に 氏名記入
氏名	Ⓜ	性別	男・女	
生年月日	昭和・平成 年 月 日 (歳)			
郵便番号	-			
住所				
電話番号	自宅 ()			
	携帯 ()			
勤務先・学校	電話番号			
未成年の場合 保護者記入欄	介護職員初任者研修受講に同意します。 氏名： Ⓜ 続柄：			
通学方法	・自家用車 ・ 自転車 ・バイク ・公共交通機関 ・徒歩			
本人確認	① 住民票 ②住民基本台帳カード ③在留カード ④健康保険証 ⑤運転免許証 ⑥ パスポート ⑦国家資格等の免許証又は登録証 ※いずれかひとつで可			
研修コース	・週2回(火・金) ・夜間(月・火・木・金)			
修了後の意向 について	・就業希望あり ・就業希望なし ・就業中 ・在宅介護			

受講申込みについて

※太枠の中をご記入ください。

- ① 受講申込書に必要事項を記入し事務局まで持参し、本人確認をいたします。
- ② 書類確認後、受講決定のご連絡をいたします。
- ③ 受講決定後、期日までに事務局まで受講料の納入をお願いします。
- ④ 教材については、初日に配布いたします。
- ⑤ 受講人数に満たない場合は開講を見合わせる場合があります。

受付職員氏名	本人確認	添付書類	説明事項	受講料
	<input type="checkbox"/> チェック	添付番号 ()	<input type="checkbox"/> 研修日程 <input type="checkbox"/> 昼食持参	済・未