

郵送もしくはFAX 089-911-0006までお願い致します

令和8年度 介護職員初任者研修 受講申込書

フリガナ		生年月日	昭和・平成 年 月 日
お名前		(携帯/自宅)	
住所	〒	写真 (3cm×2.5cm) スナップ写真可 開講後、ご持参ください	
メールアドレス ※必須	@		
職業	1.介護従業者(パート・アルバイト含む) 2.会社員 3.自営業 4.パート・アルバイト 5.主婦 6.無職 7.学生 8.その他 ()		
●講座の修了後に介護の仕事に就きたいですか? (はい・いいえ・わからない・就業中)			
希望コース	令和8年度(第 回)コース		
割引 お支払	□早割 □法人割(事業所名:) ※弊社記入欄 領収日(月日)		
<input type="checkbox"/> 特定一般教育訓練給付を利用しません <input checked="" type="checkbox"/> 特定一般教育訓練給付を利用します  (利用の場合、開講の2週間前までにハローワークで受給資格確認とジョブカードの作成をお願いします)			
Q.通学の交通手段を教えて下さい(自家用車・バイク・自転車・電車・徒歩)			

※会社使用欄につき記入はご遠慮ください。

受付番号	修了日・修了番号	R
確認	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバー <input type="checkbox"/> その他	