


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                                      |
|   |  |         |       |   |   | (3 cm×2.5 cm)<br>スナップ写真可<br>開講後、ご持参ください |
| メールアドレス   | @  |         |       |   |   |   |
| 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<br>コース   | 令和 8 年度 (第 回) コース                            |         |       |   |   |   |
| 割引<br>お支払   | <input type="checkbox"/> 早割                  |         |       |   |   |   |
|   | <input type="checkbox"/> 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 type="checkbox"/> 特定一般教育訓練給付を利用します  |  |         |       |   |   |   |
| <br>(利用の場合、開講の 2 週間前までにH-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ください( 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 |  |