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 ㎝×2.5 ㎝） **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　（　　）			
希　　望 コ ー ス	令和８年度（第　　回）コース			
割　　引	□早　割 □法人割（事業所名：　　）			
お 支 払	※弊社記入欄　　領収日（　　月　　日　）			

□特定一般教育訓練給付を利用しません　　□**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ｼﾞｮﾌﾞｶｰﾄﾞ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	□ 運転免許証	□ ﾏｲﾅﾝﾊﾞｰ	□ その他	