

介護職員初任者研修 申込書

介護職員初任者研修課程の受講を申し込みいたします

申込日 年 月 日

ご希望コースにを記入してください

- | | | |
|--------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 4月木曜 | <input type="checkbox"/> 4月短期 | <input type="checkbox"/> 5月短期 |
| <input type="checkbox"/> 8月木曜 | <input type="checkbox"/> 8月短期 | <input type="checkbox"/> 1月土曜 |
| <input type="checkbox"/> 12月木曜 | <input type="checkbox"/> 12月短期 | <input type="checkbox"/> 2月短期集中 |

当てはまる箇所にを記入してください

フリガナ			電話番号	
氏名			() -	() -
生年月日	年	月	日	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
フリガナ				
自宅住所	〒 都道 府県			
ご職業	<input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 介護職 <input type="checkbox"/> 福祉職 <input type="checkbox"/> 医療・看護職 <input type="checkbox"/> その他()			
実務経験	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 特養 <input type="checkbox"/> 老健 <input type="checkbox"/> その他()			
書類送付先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先			
書類送付方法	<input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> FAX(FAX番号:) <input type="checkbox"/> メール(メールアドレス:)			
勤務先	施設名 住所 〒 電話番号		ご担当者名 様	
誓約書	この申込書の記載事項は事実と相違ありません。受講に際し関係者の指示に基づいて行動し誠意をもって勉学に励むことを誓います。 <input type="checkbox"/> 上記宣誓は申込書の提出をもって有効となることに同意します			

【お申し込みに必要な書類】

運転免許証、健康保険証、パスポート、住民票、在留カードのいずれかのコピー

【お申し込み・お問い合わせ】

〒379-2204 群馬県伊勢崎市西久保町3丁目762-1 2F 電話：0270-61-5932

アゼリア介護学院 担当：岸川・瀬谷

FAX：0270-61-5934

メール：info@azalea-kaigo.jp

