

プリントアウトしてご使用ください

介護職員初任者研修受講申込書

※太枠内に必要事項を記入し、本人確認書類等を添付後、郵送にてお申し込みください。

申込日	年 月 日 【 月 】開講分			証明写真は貼らずに 申込書に添付で1枚 開講日初日に1枚 ご持参ください。	
フリガナ					
氏名	⑩				
生年月日	昭和・平成	年	月 日 満	性別	男・女
現住所	〒 群馬県 市郡 町村 (アパート名等)				
連絡先	自宅	() —			
	携帯	—			
	メールアドレス	@			
職業	<input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> 主婦 <input type="checkbox"/> パート アルバイト <input type="checkbox"/> 自営 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> その他 ()				
	(介護職の経験) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 障害福祉 <input type="checkbox"/> 施設介護 <input type="checkbox"/> その他 () 経験年数 年 ヶ月				
勤務先 もしくは 学校名	名称				
	住所 〒 —				
	連絡先 () —				
受講動機					

※1. 申し込みの際、下記書類を添えて、**郵送**にてご提出ください。

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 受講申込書 | 本人確認書類(いずれか1つ) |
| <input type="checkbox"/> 振込が確認できるもの(写し) | + <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> パスポート |
| <input type="checkbox"/> 証明写真 | <input type="checkbox"/> 在留カード(在日外国人の方) <input type="checkbox"/> 住民票(発行後3か月以内のもの) |

※2. お預かりした情報はご本人様確認及び受講中の連絡の目的以外で一切利用いたしません。

※3. 受講開始日前7日以内にキャンセルの申し出があった場合、受講料の半額を頂戴いたします。

申込先	住所	〒379-2146 群馬県前橋市公田町604-1
	名称	株式会社リバティール・アソシエーション 学舎ケア・カレッジ 研修担当 宛
	連絡先	(代)027-226-6155 (受付時間:平日(月~金)9:00~17:00まで)

●学舎ケア・カレッジ使用欄(記入しないでください。)

受付日	年 月 日	受付番号	受講番号
-----	-------	------	------