

介護職員初任者研修受講申込書

ふりがな 受講者のお名前	生年月日 (しでチェックしてください)		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日
ご住所	〒 -			
TEL(携帯電話)	※日中、連絡が可能な電話番号をご記入ください。		FAX	
E-mail				
割引制度の区分 (該当する場合チェック)	<input type="checkbox"/> 早割 (受講開始日の2ヶ月以上前の申込)		<input type="checkbox"/> 紹介割 (修了生の方からのご紹介) [紹介者氏名]()	
入校日 1回目のスクーリングの 日にちをご記載ください	第1希望 (令和 年 月 日)		第2希望 (令和 年 月 日)	
実務経験の有無 (しでチェックしてください)	<input type="checkbox"/> 今後、就業予定 (予定日 令和 年 月頃～)		<input type="checkbox"/> 就業中	<input type="checkbox"/> 求職中
ご勤務先 (現在就業中の方のみご記入ください)				

(法人様でお申込の場合はご記入ください)

法人 事業所名	ご担当者様		
所在地	〒 -		
TEL	FAX		
受講料補助制度活用見込み (しでチェックしてください)	<input type="checkbox"/> 介護職員初任者研修受講者支援事業 <input type="checkbox"/> 一般教育訓練制度 <input type="checkbox"/> 若年者資格取得支援事業補助金 他市町村の補助を受けられる際に必要な書類は随時お申し付けください。		

(18歳未満の方は保護者の同意(受講料の納付を含む)が必要となります)

保護者名前	印	
連絡先(学校名) (日中連絡が取れる連絡先)		

お支払方法(ご請求書・領収証の宛名をお伺いいたします)

ご請求先 (しでチェックしてください)	<input type="checkbox"/> 申込者本人宛 <input type="checkbox"/> お勤め先	テキスト代	<input type="checkbox"/> 申込者本人宛 <input type="checkbox"/> お勤め先
御請求書のお送り先 (上記記載と異なる場合にご記入ください)	〒 -		
お支払い方法 (しでチェックしてください)	<input type="checkbox"/> 現金一括 <input type="checkbox"/> 銀行振込 <input type="checkbox"/> クレジットカード (VISA/MasterCard/セゾンカード) (1回・リボ払い)		

※御請求書は受講決定通知書類に同封いたします。受講開始日の前日までに納付をお願いいたします。

お申込通信メモ欄(受講に際して、心配な点などございましたらご記入ください)

		弊社記入欄	
		受講手続 書類発送	

郵送及びFAXでのお申し込み先



〒017-0042 秋田県大館市幸町14-15
 TEL 0186-43-6551 FAX 0186-59-6622
 E-mail school@see-smile.com