介護職員初任者研修取得講座
受 講 申 込 書（兼 仮 申 込 書）

申込内容 ※該当する方に〇を付けて下さい	受講希望 ・ 仮申込	希望期数 ※スクール日程参照	第　　期	希望クラスアンケート	＊火・金クラス(　) ＊土曜クラス(　) 希望のクラスに優先順位の番号(1・2の数字)をご記入下さい。通うことが無理なクラスは、空欄のままにしておいて下さい。	
ふりがな 氏名						
生年月日	昭和 ・ 平成　　年　　月　　日生　　歳			性別	男 ・ 女	
住所	〒					
携帯番号	ー　　ー					
電話番号	ー　　ー		メールアドレス	PC 携帯　　@		
Fax番号 ※お持ちの方は必ずお書き下さい	ー　　ー					
学生の方	大学　　学部　　学科　　年生					
勤務先 ［任意］	名称:					
	住所:					
	電話番号:　　ー　　ー					
職歴 ［任意］	昭和 平成　　年					
	昭和 平成　　年					
	昭和 平成　　年					
資格・免許 ［任意］	昭和 平成　　年					
	昭和 平成　　年					
	昭和 平成　　年					
健康状態	既往歴（過去に入院または手術をしたことのある病気・けが）					
	現病歴（現在、治療中の病気・けが）					
	血液型	型				
本人確認書類 実物をご持参下さい ※1※2は発効日から3ヶ月以内のもの	運転免許証・パスポート・写真付学生証のいずれか1点か、 または各種健康保険証＋公的証明書類※1か年金手帳＋公的証明書類※1か各種健康保険証＋公共料金領収書※2のいずれか2点を提示の上、確認致します。 ※1→住民票（原本）・戸籍謄本・抄本（原本） ★提示がない場合は受け付けられません。					
当講座を知った媒体	資格情報サイト ・ ホームページ ・ 新聞広告 ・ 情報誌広告 ・ 知人等の紹介 ・ その他（　　）					
備考						

＊お客様から預かった個人情報につきましては個人情報保護方針に基づき適正に管理するものとし、書類送付、請求以外の目的では一切使用いたしません。

※受講可能性のある方は申込書だけでもお送り下さい。（仮申込に〇印を付けて下さい）