

# 介護職員初任者研修講座 受講申込書（兼 仮申込書）

<b>申込内容</b> <small>※該当する方に ○を付けて下さい</small>	受講希望 ・ 仮申込	<b>希望期数</b> <small>※スクール日程参照</small>	第 期 (第 期)	<b>希望クラス アンケート</b>	<small>* 木曜クラス ( ) * 土曜クラス ( )                  * 金曜クラス ( )                  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。</small>		
<b>ふりがな 氏名</b>							
<b>生年月日 年齢</b>	昭和 ・ 平成	年	月	日生	歳	<b>性別</b>	男 ・ 女
<b>住所</b>	〒						
<b>携帯番号</b>	-	-	<b>メール アドレス</b>	携帯	@		
				PC	@		
<b>自宅電話番号</b>	-	-	<b>通学方法</b>	自家用車(自分で運転・送迎)・公共交通機関・その他( )			
<b>Fax番号</b> <small>※お持ちの方は 必ずお書き下さい</small>	-	-	<b>車通学の方 (車の種類)</b>	軽 ・ 普通車(コンパクト・普通・ワゴン等)			
<b>就業状況</b>	介護施設勤務 ・ その他会社勤務 ・ 求職中 ・ 無職 ・ 学生(大学・高校) ・ その他( )						
<b>学生の方</b>	大学 高校		学部	学科 科	年生		
<b>勤務先</b> <small>【任意】                  ※差し支えなければ                  なるべく記入願います</small>	名称:						
	〒						
	住所:						
	電話番号:						
<b>職歴</b> <small>【任意】</small>	昭和	年					
	平成	年					
<b>資格・免許</b> <small>【任意】</small>	昭和	年					
	平成	年					
<b>健康状態</b>	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					
<b>喫煙状況</b>	現在たばこを吸っている ・ 過去に吸っていたが今は吸っていない ・ 吸ったことがない						
<b>本人確認書類</b> <small>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</small>	★ <b>運転免許証・パスポート・写真付学生証のいずれか1点を提示下さい。(現住所が確認できるもの)</b> 上記の書類が無い場合は、各種健康保険証+公的証明書類 <sup>※1</sup> か年金手帳+公的証明書類 <sup>※1</sup> か各種健康保険証+公共料金領収書 <sup>※2</sup> 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) ★ <b>提示がない場合は受け付けられません。★開講前または開講日(初回参加時)に提示頂きます。</b>						
<b>当講座を 知った媒体等</b>	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( )						
<b>備考</b>							

\*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○印を付けて下さい)