

平成26年度 介護職員初任者研修(通信)受講申込書

介護職員初任者研修の受講を下記のとおり申し込みます。

平成 年 月 日

申込者 _____

フリガナ					
氏名					
(生年月日)	昭和・平成	年	月	日	(満才) 男・女
住所	〒				
連絡先	TEL又は携帯 ()-()-()				
FAX	()-()-()				
勤務先					
駐車場	<input type="checkbox"/> 利用する。 <input type="checkbox"/> 利用しない。 ※駐車場利用者は、1日250円必要です。				
本人確認	スクーリング時、下記のいずれかの証明書により、本人確認を行いますのでご了承ください。 <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"/> 市民カード <input type="checkbox"/> 住民票				
※この講座を何によってお知りになりましたか？(複数回答可・□にチェックを願います。) <input type="checkbox"/> ① 人から聞いた。(家族・知人) <input type="checkbox"/> ② ホームページ <input type="checkbox"/> ③ 県・市などの公共案内 <input type="checkbox"/> ④ その他()					
(備考)					