

受講申込書

申込日 年 月 日

フリガナ		フリガナ	
氏名	①	(未成年の方) 保護者名	①
生年月日	S・H 年 月 日(才)	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
郵便番号	〒 -		
住所			
自宅電話		FAX	
携帯電話		FAX	
メールアドレス	@		
職業	介護関係・会社員・主婦・自営業・学生・その他()		
通学手段	自家用車・バイク・自転車・バス・徒歩・その他()		
希望クラス	平成 年 月開講クラス(土曜・日曜クラス)		
当講座を何でお知りになりましたか？			
広告・新聞チラシ・ホームページ・役所・ハローワーク・友人から聞いて・会社から紹介 その他()			

私は(株)公園通り介護職員初任者養成講座学則を遵守し、逸脱した場合は学校の処分を受け入れ、何事にも異議申し立ていたしません。

FAX送付先：026-262-1969

郵送での送付先：〒381-0084 長野市若槻東条1174-2 ケアヒルズMIRIE若槻内
介護職員初任者養成講座事務局 宛

- ・ご捺印を忘れないようにお願い致します。
- ・受講申込書が事務局到着後にご案内等を送付致します。
- ・受講クラス欄は開講年月日を記入してください。
- ・FAXでお申込みの方は開講式当日に捺印した申込書原本を持参してください。
- ・開講式当日に本人確認書類の確認をさせていただきますので、ご了承ください。
- ・受講途中で各講師が介護職員初任者研修資格取得に不適切と判断された場合は退学処分となる場合がありますのでご了承ください。

株式会社公園通り
介護職員初任者養成講座事務局
TEL:026-262-1969