

## 平成 28 年度 介護職員初任者研修受講申込書

介護職員初任者研修講座の受講を申し込みます。

		平成	年	月	日
フリガナ				生 年 月 日	
氏 名				昭和・平成 年 月 日	
住 所	〒 —				年 齡
					歳
連絡先	TEL	— —			性 別
	緊急	勤務先・自宅・携帯 ( — — )			男・女
	FAX	— —			
職 業	1. 会社員    2. 自営業    3. 主婦    4. パート・アルバイト 5. 介護従事者    6. 無職    7. その他 ( )				
	勤務先	名称			
		住所	〒 —		
		TEL	— —		

◎この「受講申込書」は、郵送または持参にてお申し込みください。到着確認後、折り返しご連絡致します。

◎修了証に「氏名」「生年月日」が記載されますので、正確に記入してください。

◎提出して頂いた個人情報については本研修以外には使用致しません。

※事務局使用欄（記入しないでください）

受付 NO	受付日	受付者	入金日
	月 日		月 日

～お申込み・お問い合わせ先～

栃木介護福祉士専門学校

〒320-0061 宇都宮市宝木町 2 丁目 988-5

TEL028-652-5070 FAX028-652-5077