

受講申込書(法人会員・一般用)

受付 No.	
受付日	令和 年 月 日

フリガナ氏名		男・女	生年月日 昭和・平成 (歳) 年 月 日生	写真貼付 [タ]4cm×[ヨコ]3cm 正面・無帽(顔がはっきり確認できればデジタルプリントでも可)
フリガナ現住所	〒 —			
連絡先(現住所)	TEL () — FAX () —	携帯(必須) () — 携帯 mail(必須)		
受講時 使用路線	社名: (路線: 線) 社名: (路線: 線)	駅/社名: (路線: 線) 駅 駅/社名: (路線: 線) 駅		
勤務先 事業所名				
フリガナ 勤務先住所	〒 —			
連絡先 (勤務先)	TEL () — FAX () —			
法人会員様 ご証明欄 ※本年度の当会 法人会員事業所 様はご記入をお 願います。	上記の者は、本法人の職員であることを証明します。 貴法人(施設)名 _____ 公印 お役職名 _____ ご芳名 _____			
最終学歴	国立・公立・私立 大学・短大 学部 学科 専門学校 学科 高等学校 科 昭和・平成 [年]卒業・在籍中[]年			
現在お持ちの 医療・福祉分 野の資格名				
受講費用	講座名: 介護職員初任者研修講座(通信併用) 受講料 + テキスト代 () 月講座 _____ 円			

※お支払いいただいた受講料は、理由の如何を問わずご返金致しかねますので、予めご了承ください。