

介護職員初任者研修（通信）受講申込書

希望コース	コース	開講日	/
(ふりがな) 申込者名	( )		
生年月日	S · H	年 月 日生	(満 歳)
住 所	〒 - 最寄り駅 ( ) 駅		
電話番号	( ) - ( )	( )	(自宅)
	( ) - ( )	( )	(携帯)
FAX 番号	( ) - ( )	( )	<input type="checkbox"/> FAX 無し
勤 務 先	無 ・ 有 ( )		
<input checked="" type="checkbox"/> 紹介先 (紹介の方)	住所 名前	電話番号 ( )	-
<input checked="" type="checkbox"/> 実務経験 ⇒該当する場合チェック <input checked="" type="checkbox"/> をして下さい	<input type="checkbox"/> 申込時点において、都が定める介護施設等で、過去3年間に6か月以上継続的 (週1回以上)に介護業務に従事した実務経験を有する者。 ※一部科目の免除があり、申請をするには証明書の提出が必要になります。		
<input checked="" type="checkbox"/> 助成金・補助金の申請	無 ・ 有 ( )		
『日本介護センター』をどこ で知りましたか？	<input type="checkbox"/> インターネット <input type="checkbox"/> 新聞折込広告 <input type="checkbox"/> 知人からの紹介 <input type="checkbox"/> お勤先からの紹介 <input type="checkbox"/> 看板 <input type="checkbox"/> 日介センター事業所からの紹介 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
受講の動機			

該当の方のみご記入下さい。

お申し込み時にいただいた個人情報、本講習、当社の行う研修案内及びアンケート以外には使用致しません。

◆健康状態についてお聞きします⇒該当するものに○

健康状態	心身ともに	良好	・	不良
現在治療中 (又は服薬)	無 ・ 有 ( )			

ご心配なことがありましたら事前にご相談下さい



裏面は、開講式後 (ガイダンス終了後) にご記入いただきます