

イシズム株式会社

介護職員初任者研修 申込書

受講希望者

ふりがな	
氏名	印 (男・女)
生年月日	昭和 平成 年 月 日 (満 歳)
住所	〒 -
電話番号	() -
職業	<input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> 公務員 <input type="checkbox"/> 自営業(役員) <input type="checkbox"/> 福祉関係職員 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> その他()
受講コース	平成28年5月 開始コース

学則を一読し、受講条件を満たしている はい いいえ
この講座の目的を理解できた はい いいえ
全日程を欠席なく受講できる はい いいえ
保護者の同意を得ている(18歳未満) はい いいえ
講座終了後、当法人での勤務を希望する はい いいえ

保護者の同意 ※受講者が18歳未満 の場合は記入	保護者氏名： 印 住所：〒 - 電話番号：
--------------------------------	-----------------------------

- ・郵送か持参にてお申し込みを受け付けております。
- ・運転免許証や健康保険証等で、申込時にご本人確認を行いますので、コピーを添付してください。
- ・住所はマンション名やアパート名までご記入ください。
- ・申込書1枚につき1名の申し込みです。会社等で複数名の申し込みをされる場合、受講希望者1名につき申込書1枚で申し込みください。
- ・受講資格の譲渡は認められません。
- ・受講者が18歳未満の場合は保護者の同意が必要です。