

受講申込書

私は、令和6年10月1日開講(予定)の、一般社団法人 彦根愛知犬上介護保険事業者協会介護職員初任者研修(通学)について、当該研修事業所の学則に同意し、受講を申し込みます。

氏名

印

申込日 令和 年 月 日

ふりがな						写 真 (縦4×横3.5) スナップ写真を切り取ったものでも結構ですので、必ず貼付けして下さい。
氏 名						
ふりがな						
住 所	〒					
電 話	自宅	生 年	昭和・平成	年		
	携帯	月 日	年 月 日	年 齢	歳	
緊急時連絡先	氏名又は所属先名 () 電話番号 ()					
勤務先 もしくは 学校名	(職種)					
資 格						
免 許						

*事務局記入欄

本人確認	①運転免許証 ②健康保険証 ③住民票 ④その他 ()			
	コピー	令和 年 月 日	確認者印	

※ 太枠内をご記入の上、事務局窓口へ直接お持ちいただくか、郵送にてお申込下さい。

※ 受付時間：月～金曜日(祝日は除く)、9時～17時(それ以外は、受付できません)

※ 事務所を不在にしている場合がありますので、お手数ですが、窓口にお越しの際は事前にお電話ください(0749-49-2455)。