

へるぱー・はーと福岡

介護職員初任者研修 受講申込書

介護職員初任者研修の受講を申し込みます。

コース	受付番号	受付年月日		(写真貼付) スナップ写真等でも結構ですので、可能な限り貼付してください。		
月コース		令和 年 月 日 ()				
フリガナ						
氏名				年 月 撮影		
生年月日	昭和・平成	年 月 日 (満 歳)				
現住所	〒					
連絡先	自宅	()	—	携帯	—	—
保護者名	18歳未満の方は、保護者のご署名をお願いします。 氏名 _____ (本人との続柄 _____)					
職業	1. 学生 2. 会社員 3. 主婦 4. 看護師 5. 准看護師 6. 福祉施設職員 7. その他 (_____)					
既得の資格・免許等						
希望コース	※希望する年月を記入してください。 令和 年 月		※希望するコースを○で囲んでください 土曜日			
<p>この講座は何で知りましたか。(該当する項目に記入をお願いします)</p> <p>1. ホームページ 2. リビング(福岡・北九州) 3. 新聞(_____ 新聞) 4. パコラ 5. 市役所(_____ 市役所) 6. 区役所(_____ 区役所) 7. 役場(_____ 役場) 8. 保健所(_____ 保健所) 9. 学校(_____ 校) 10. 紹介(紹介者 _____) 11. その他(_____)</p>						

*** 当該申込書に記載された個人情報については、関係法令に従い適切に管理し、本研修以外の目的には使用しません。**

<記入上の注意>

※ボールペン又は万年筆で記入してください。(鉛筆やこすると消えるペンは不可)

※必ず自筆で記入してください。

※太枠内のみ記入してください。 ※写真貼付欄は、可能な限りで結構です。

※郵送にて、**受講希望コース講座開講前日**までに下記へお送りください。

(FAXで事前に提出いただいた方は、講座開講初日までに原本をご提出ください。)

提出先 〒811-4204 福岡県遠賀郡岡垣町手野 498 番地 2

福岡県指定通信講座 「へるぱー・はーと福岡」

フリーダイヤル 0120-670-810 FAX (093) 283-0840