

介護福祉士実務者研修 受講申込書

プラリコ株式会社

申込日	平成 年 月 日 ()	顔写真
ふりがな		縦4cm×横3cm 6ヵ月以内の撮影
氏名	(印)	
住所	〒 -	
生年月日	昭和・平成 年 月 日	歳
携帯番号		電話番号
性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	通学方法
		車・電車・バイク・自転車・徒歩・他()
所有資格	<input type="checkbox"/> ヘルパー1級 <input type="checkbox"/> ヘルパー2級 <input type="checkbox"/> ヘルパー3級 <input type="checkbox"/> 介護職員基礎研修 <input type="checkbox"/> 介護職員初任者研修 <input type="checkbox"/> 無資格	
職業	<input type="checkbox"/> 主婦 <input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> 介護従事者 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> その他()	
第1希望	平成 年 月 日 () 開講	月生コース
第2希望	平成 年 月 日 () 開講	月生コース
受講料割引	A ① ② ③ B ① ② C ① ② ③	
受講料 支払方法	<input type="checkbox"/> 現金 <input type="checkbox"/> 振込み(予定日: 月 日) <input type="checkbox"/> 分割	
※ この講座をどうやって知りましたか。該当するものに○をつけてください。		
パンフレット 新聞折込広告 ホームページ 知人の紹介 看板 施設からの紹介() その他()		
※受講される方が18歳未満の場合は、保護者のご署名とご捺印をお願いします。		続柄
保護者氏名	(印)	

※ 当社記入欄			
確認書類	①戸籍謄本 ②戸籍抄本 ③住民票 ④住民基本台帳カード ⑤在留カード ⑥健康保険証 ⑦運転免許証 ⑧パスポート ⑨年金手帳		
確認番号		確認日	月 日
受講料	¥	入金日	月 日

※個人情報は当該研修以外には使用せず、適切に管理いたします。



FAX 048-575-0775