

# 介護職員初任者研修課程 受講申込書

プラリコ株式会社

申込日	平成 年 月 日 ( )		
ふりがな			
氏名	Ⓜ		
住所	〒 -		
生年月日	昭和・平成 年 月 日	年齢	歳
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 ( )
携帯番号		電話番号	
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	月 日 ( ) 開講	曜日コース	
第2希望	月 日 ( ) 開講	曜日コース	
受講料割引	<b>A</b> ① ② ③ <b>B</b> ① ② <b>C</b> 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	Ⓜ		

※ 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