

介護職員初任者研修講座 申込書

申込先 有限公司 花みずき
花みずき介護福祉スクール

申込日	平成 年 月 日
-----	----------

フリガナ				性別	証明写真 (3ヶ月以内のもの)
申込者氏名	印				
生年月日	昭和 年 月 日 (西暦: 年) 満 才				
住所	〒 一 ※アパート・マンション等の場合は、名称・部屋番号までご記入下さい。				
連絡先	(自宅)		(携帯)		
E-mail	@				
希望コース	月() コース	開講日	平成 年 月 日		

受講される方が18才未満の場合は、下記欄に保護者のご署名と捺印をお願いいたします。

保護者氏名	印	続柄
-------	---	----

ご記入ありがとうございました。お申込書を提出するにあたり、身分証明書の写しが必要となります。
裏面に身分証明書の写し（運転免許証・保険証・住民票・パスポート・外国人登録証明書等）を貼り付けて下さい。

【事務所記入欄】							
受講生NO.		受付日 平成 年 月 日			受付者		
終了日	平成 年 月 日		修了生NO./ 埼玉 一 一 一				
補講等 有無	※補講があれば、補講実施する回数に○を付けて確認						
	第1回	第2回	第3回	第4回	第5回	第6回	第7回 第8回
	第9回	第10回	第11回	第12回	第13回	第14回	第15回
備考							



身分証明証の写しを貼って下さい。