

## 介護職員初任者研修講座 申込書

申込先      有限会社 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 <small>(3ヶ月以内のもの)</small>	
申込者氏名	印					
生年月日	昭和    平成                      年                      月                      日 (西暦：                      年)                      満                      才					
住所	〒                      —                      —                      —                      —                      —  <small>※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。</small>					
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。

<b>【事務所記入欄】</b>							
受講生NO.			受付日			受付者	
			平成                      年                      月                      日				
終    了    日	平成                      年                      月                      日			修了生NO./ 埼玉                      —                      —                      —			
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。