

# 介護職員初任者研修 受講申込書

申込日	令和 年 月 日	お支払方法	<input type="checkbox"/> 一括 <input type="checkbox"/> 分割(口座引落し)
フリガナ		生年月日	性 別
氏 名	Ⓜ	昭和・平成 年 月 日	男 ・ 女
住 所	〒 - ※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ください。		
連絡先	電話 ( ) 携帯 ( )		
メールアドレス	@		
ご職業	1. 学生 2. 会社員 3. 主婦 4. 介護職 5. 事務職 6. 看護職 7. 家事手伝い 8. その他( )		
勤務先	※差し支えなければご記入ください。		
受講開始予定日	月 日( ) 第 回 コース		
希望会場	<input type="checkbox"/> 北千住校 <input type="checkbox"/> 横浜校 <input type="checkbox"/> 池袋校 <input type="checkbox"/> 大宮校 <input type="checkbox"/> 熊谷校 <input type="checkbox"/> 高崎校(高松町キャンパス)	オリエンテーション希望日時 日付: 月 日( ) 時間: 時 分 ~	
実習の有無 (○をする)	実習あり(実務経験3か月以上なし) ・ 実習なし(実務経験3か月以上あり) 実務経験3か月以上とは、「介護等の業務が受講開始日時時点で3か月以上あり、かつ従事日数が45日以上」のことをいいます。 また、「あり」の方は実習手配申請書を、「なし」の方は実務経験証明書を後日ご提出いただきますのでご承知おきください。 なお、「実習あり」の場合には、別途、検便と胸部X線検査を受けていただきます。それに係る費用は自己負担となりますので予めご了承ください。		
教育訓練 給付制度 利用有無	利用する ・ 利用しない 利用する場合はハローワークでの手続きが必要となります。		
割引制度	<input type="checkbox"/> 紹介割引(紹介者氏名(フルネーム): ) <input type="checkbox"/> 施設割引 <input type="checkbox"/> その他( )		

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

保護者氏名	Ⓜ	続柄	
-------	---	----	--

●お申込み時の注意事項[ご確認・ご了承くださいましたら☑をしてください]

☐ 申込受理後のキャンセルは一切お受け出来ませんのでご了承ください。

☐ 当研修を理由の如何を問わず、修了出来なかった場合であっても、  
受講料の返金は 一切出来ませんのでご了承ください。

☐ 受講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(運転免許証、在留カード、住民票、パスポート等)の  
写しを貼り付けてください。

☐ 受講料の分割払いをご希望される方は分納願を事務局に請求し、ご提出ください。

【事務局使用欄】ご記入いただいた情報は、申込講座の教材等の発送等によりのみ使用し、第三者への提供はいたしません。

受講生番号	受付日	受付者
アンケートNo.	オリエンテーション	/ :

こちらのQRコードからも  
申込みができます。



身分証明書(運転免許証、在留カード、住民票、パスポート等)の写し

ここに貼り付けてください