

■ 受講申込書 ■

日本介護福祉カレッジ 御中

介護職員初任者研修を受講したいので申し込みます。

受講者名	ふりがな	性別	受講コース	5月コース
	⑩	男・女	生年月日	昭和・平成 年 月 日 (歳)
住所	〒	TEL(自宅・携帯)		
	—	Eメールアドレス		
受講料(返納)について				
・受講開始後の受講料返還請求には一切応じることができません。 ・香川県にて定められた受講期間を超過し、修了認定できない場合や、受講態度が著しく悪く、 当校の判断において受講の停止を命じた場合等も同様とします。				
私は上記内容について説明を受け、これに同意します。				
氏名 ⑩				
職業	主婦・会社員・パート/アルバイト・学生・自営・無職・その他			
学習目的	資格取得・就職・転職・仕事上・教養・その他()			
就職支援	希望する はい / いいえ ※いずれかに○印を付けて下さい。			
当講座 修了後、 介護業務 に就く予 定はありま すか？	①現在、施設・事業所を探している ②既に施設・事業所で介護業務に携わっている ③修了後、施設・事業所に就く予定がある *②、③対象の方は、下記にもご記入をお願いします。 (事業所名: 就職(予定)日:平成 年 月 日)			

上記内容で知り得た個人情報は、当校管理業務の目的以外で使用しません。



日本介護福祉カレッジ

お申込 **FAX番号 087-861-9996** 締切日5月17日(水)

カレッジ 記載欄	担当者	受講決定通知日	受講料	支払い方法	備考