香川県指定
介護職員初任者研修

# ■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 | 受講コース | 3月コース |
| | ㊞ | 男・女 | 生年月日　昭和・平成<br>年　月　日（　歳） |
| 住　所 | 〒　－ | TEL（自宅・携帯）<br>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　　㊞

| | |
|---|---|
| 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<br>③修了後、施設・事業所に就く予定がある<br>＊②、③対象の方は、下記にもご記入お願いします。<br>（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3月21日（火）迄**