

# 介護職員初任者研修 申込書

介護職員初任者研修課程の受講を申し込みいたします

申込日 年 月 日

ご希望コース(どれか一つを○で囲ってください)		
・4月木曜コース	・8月木曜コース	・12月木曜コース
・4月短期コース	・8月短期コース	・12月短期コース

フリガナ			
氏名			
生年月日	明大 昭平	年 月 日	性別 男 女
フリガナ			
自宅住所	〒 都道 府県		
TEL		携帯電話	
Eメール			
ご職業	1 学生 2 会社員 3 主婦 4 介護職 5 その他( )		
実務経験	1 無 2 有 ( ・病院 ・特養 ・老健 ・その他 ) ( 勤務先 )		
受講理由	1 福祉の仕事がしたい 4 その他 2 資格を取っておきたい 3 将来家族を介護するときに役立てたい		
契約書			
申込書の記載事項は事実と相違ありません。受講の上は、関係者の指示に基づいて行動し誠意をもって、勉学に励みます。			
平成 年 月 日			
氏名			印

## 【お申込みに必要な書類】

※運転免許証、健康保険証、パスポート、戸籍謄本・抄本、住民票のいずれかのコピー

## 【お申込み・お問い合わせ】

〒372-0056 群馬県伊勢崎市喜多町121-2

IBCアカデミー 担当:岸川

電話 : 0270-61-5932

FAX : 0270-61-5934

メール : info@ibc-ac.jp