

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

ご希望コースに <input checked="" type="checkbox"/> を記入してください		
<input type="checkbox"/> 4月木曜コース	<input type="checkbox"/> 8月木曜コース	<input type="checkbox"/> 12月木曜コース
<input type="checkbox"/> 4月短期コース	<input type="checkbox"/> 8月短期コース	<input type="checkbox"/> 12月短期コース
<input type="checkbox"/> 5月土日短期コース	<input type="checkbox"/> 2月短期集中コース	

当てはまる箇所にを記入してください

フリガナ			電話番号
氏名	() -		() -
生年月日	年 月 日	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
フリガナ			
自宅住所	〒 都道 府県		
ご職業	<input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 介護職 <input type="checkbox"/> 福祉職 <input type="checkbox"/> 医療・看護職 <input type="checkbox"/> その他()		
実務経験	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 特養 <input type="checkbox"/> 老健 <input type="checkbox"/> その他()		
書類送付先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先		
書類送付方法	<input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> FAX(FAX番号:) <input type="checkbox"/> メール(メールアドレス:)		
勤務先	施設名 住所 〒 電話番号 担当者名 様		
受講理由	<input type="checkbox"/> 福祉の仕事がしたい <input type="checkbox"/> 将来家族を介護するときに役立てたい <input type="checkbox"/> 資格を取っておきたい <input type="checkbox"/> その他		
誓約書	申込書の記載事項は事実と相違ありません。受講に際し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。 年 月 日 氏名 _____		

【お申し込みに必要な書類】

運転免許証、健康保険証、パスポート、住民票、在留カードのいずれかのコピー

【お申し込み・お問い合わせ】

〒379-2204 群馬県伊勢崎市西久保町3丁目762-1 2F

IBCアカデミー 担当: 岸川・佐藤

電話: 0270-61-5932

FAX: 0270-61-5934

メール: info@ibc-ac.jp