

平成30年度 介護職員初任者研修受講申込書

株式会社くすりのマルト

| | | | | | | | |
|------|---|--|--|------------------|------------------|------|---|
| ふりがな | | | | 昭 和 平 成 | 年 | 月 | 日 |
| 氏名 | | | | 男 ・ 女 | 生 年 月 日 | (歳) | |
| 住所 | 〒(-) | | | | | | |
| 電話番号 | - - | | | 携帯番号 | - - | | |
| 職業 | <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 会社員・自営業 <input type="checkbox"/> 主婦 <input type="checkbox"/> 求職中 | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 看護師・介護助手 <input type="checkbox"/> その他 | | | | | | |
| 勤務先 | | | | 電話番号 | | | |
| 受講動機 | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

| | | | |
|---|---|----|-----|
| 1 | 欠席なく全日程を受講できますか | はい | いいえ |
| 2 | 特別養護老人ホーム等の介護職員として1年以上の実務経験がありますか | はい | いいえ |
| 3 | 修了試験で一定基準の知識や技術が習得できていないと判断された場合は、修了証の交付ができませんがご了承いただけますか(受講料の返金はできません) | はい | いいえ |

以上、募集要項の記載内容を理解したうえ、介護職員初任者研修に受講を申し込みます。

平成 年 月 日

本人署名 _____

事務局使用欄

| | | | |
|------|--|------|------------------|
| 本人確認 | <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> その他() | 決定通知 | 可 ・ 否 / |
|------|--|------|------------------|