

埼玉介護アカデミー介護福祉士実務者研修（通信課程）

受講申込書

| | |
|-------|---|
| 申込日 | 平成_____年_____月_____日 |
| コース | 平成_____年_____月 <input type="checkbox"/> 日曜 <input type="checkbox"/> 土曜 コース |
| 支払い方法 | <input type="checkbox"/> 一括 <input type="checkbox"/> 分割払い（2回） <input type="checkbox"/> 分割払い（3回） |

| | | |
|------|--------------------------|-----|
| フリガナ | | 性別 |
| 氏名 | _____ | 男・女 |
| | 氏名は正しく楷書で記入下さい。 | |
| 生年月日 | 昭和・平成 _____年_____月_____日 | 年齢 |
| | | 歳 |

| | | | |
|---------|---|--|----|
| 住所 | 〒 | | |
| 連絡先 | TEL FAX | | 携帯 |
| メールアドレス | @ | | |
| 保有資格 | <input type="checkbox"/> 資格なし <input type="checkbox"/> ヘルパー3級 <input type="checkbox"/> 介護職員初任者研修 <input type="checkbox"/> ヘルパー2級 <input type="checkbox"/> ヘルパー1級 <input type="checkbox"/> 介護職員基礎研修 必須：上記資格を保有している方は本申込書に資格証のコピーを添付願います。 | | |
| 現在の職業 | <input type="checkbox"/> 介護職員 <input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> その他（ ） | | |

FAX 0480-48-6952（24時間受付）