

平成25年介護職員初任者研修課程講座受講申込書

| | | | |
|---------|--|---------|-----|
| 申込み日 | 平成25年 月 日 | | |
| 講座名 | 株式会社安心ネットワーク 介護職員初任者研修課程講座 | | |
| フリガナ | | | |
| 受講希望者氏名 | | | |
| 生年月日 | 昭和・平成 年 月 日 () 歳 | 性別 | 男・女 |
| 住所 | 〒 自宅電話： 携帯： メールアドレス： 優先連絡先： 携帯 ・ 自宅電話 | | |
| 緊急連絡先 | | ご本人との続柄 | |
| 職業 | 会社員 学生 主婦 団体職員 パート・アルバイト 求職中 エリシオングループ社員 その他： | | |
| 通信欄 | | | |

※ この書類の受理にて仮申し込みとさせていただきます。授業料の納入をもって正式お申し込みとなりますので、3営業日以内に弊社指定の口座にお振込みください。

※ 介護職員初任者研修への課程変更にあたり、受講生の本人確認が必要となりました。(奈良県介護職員初任者研修実施要領 第4条1項) 正式お申込み後、公的証明書(免許証 保険証 パスポート 住民票など)をご提示いただきますのでご了承ください。

F A X : 0 7 4 5 - 5 5 - 6 0 8 9

※ F A X での申込み場合は、送信後、到着確認のため右下の担当に電話でご連絡ください。

株式会社 安心ネットワーク 教育事業部

〒635-0833 奈良県北葛城郡広陵町馬見南4丁目1-19 エリシオン真美ヶ丘内

お問い合わせ先： TEL:0745-54-6110 FAX:0745-55-6089

平日 10:00~18:00

担当 光延(みつのぶ)・鈴木

| | | | |
|-------|---------|-------|---------|
| 弊社通信欄 | 受理 NO : | 連絡日 : | 入金確認日 : |
|-------|---------|-------|---------|