

介護職員初任者研修 申込書

証明写真は
貼らずに
提出下さい。
受講決定後、
開講初日に
2枚ご持参
願います。

介護職員初任者研修の受講を申し込みます

申込日	平成 年 月 日
フリガナ	
氏名	
生年月日	昭和・平成 年 月 日
フリガナ	
住所	〒
TEL	
携帯電話	
E-mail	
本人確認書類	住民票 運転免許証 健康保険証 パスポート 残留カード (在日外国人の方)
ご職業	
実務経験	無・有 (施設介護 在宅介護 家族の介護 その他 ())
受講理由	仕事に必要なため 介護の仕事がしたい 資格を取得したい 家族の介護に役立てたい その他 ()
通学手段	自家用車 バス 電車・バス併用 徒歩 自転車

申込締切日：平成 30 年 10 月 12 日（金） 12 時までにご提出下さい。

※申込書は受講を決定するものではありません。控えとしてコピーをお取り下さい。

受講決定の可否については郵送にて通知致します。通知が届くまで控えを大切に保管して下さい。

提出先：  有限会社コスモス 企画兼総務

〒371-0823 群馬県前橋市川曲町1-1

TEL 027-251-1500 FAX 027-289-3301

担当： 東山・新沼

