

## 介護職員初任者研修 受講申込書

■以下のコースの受講を申し込みます

受講希望 コース	月開講コース
-------------	--------

### ①申込者 基本情報

フリガナ		性別	生年月日	年齢
氏名		男・女	年 月 日生	歳
フリガナ				
現住所	〒 -	都道 府県	市区 町村	
自宅電話	- -	携帯電話	- -	
職業	会社員・施設職員・学生(高校・大学・短大・専門)・その他( )			

### ②勤務先情報

施設名		印
施設長名 (推薦者)		
住所 連絡先	〒 -	電話番号 ( )

※社判を押印ください。押印がない場合は、施設職員向け受講料の適用対象とはなりません。

### ③保護者同意欄

学校名		学年: 年
保護者氏名	印	緊急連絡先 (携帯番号等) - -

※受講者本人が未成年者の場合、保護者の署名捺印が必要です。 ※緊急の場合、保護者の方へご連絡する場合があります。

### ■受講料

該当区分に ○	区分	受講料	テキスト	合計	記入箇所
	一般	¥80,000	¥6,600	¥86,600	①
	施設職員	¥60,000	¥6,600	¥66,600	①・②
	高校生	¥50,000	¥6,600	¥56,600	①・③

※キャンセルについて

受講開始の5日前までに受講キャンセルの連絡があった場合は、受講料を返金いたします。

返金額につきましては、別途規定に則り手続きを行います。