

## 介護職員初任者研修 申込書

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	戸籍謄本 戸籍抄本 住民票 住民基本台帳カード 健康保険証						
	運転免許証 パスポート 年金手帳						
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（車番）(車種) バス 電車・バス併用 徒歩						
支払方法	口座振込 ・ 現金						

申込締切日：平成30年9月14日(金)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ください。

受講決定の可否についてはお電話にて通知致します。連絡が行くまで控えを大切に保管して下さい。

提出先： 株式会社 トーコーケア

〒060-0032 札幌市中央区北2条東7丁目82 ラポール永山公園1F

TEL 011-251-5160 FAX 011-251-5167

担当： 田中