

(有)ケアリゾート介護職員初任者研修 受講申し込み書

| | | | |
|--------|---|-------------------|--|
| 申込みNo. | | 申込み日 平成 年 月 日 () | |
| ふりがな | | 性別 | |
| 氏名 | | 男 ・ 女 | |
| 生年月日 | | 年齢 | |
| 住所 | 〒 | | |
| 職業 | | | |
| 電話番号 | | 携帯番号 | |

身分証明書 貼り付け欄

※公的機関で発行されたもの(運転免許証・健康保険証・パスポート・学生証等)

振込先 百五銀行 和具支店 普通・No.237630 ユ. ケアリゾート
※振込人名の前に申込みNo.を入力してください。
例) 07 スズキ ハナコ
受講料 29,900円

●振込み確認後、受講の手引きを送付させていただきます。