

介護初任者研修申込書

フリガナ		申込日	令和 年 月 日
氏 名	印	生年月日	年 月 日
性 別	男性 ・ 女性		
保護者氏名	印	18歳未満の方は必ず保護者氏名・押印をお願いします。	
TEL		FAX	
	〒 -		
E-mail	@		
職 業	1. 大学生 2. 専門学校生 3. 高校生（学校名： ） 4. 介護職 5. 会社員 6. 主婦 7. その他（ ）		
当講座を 知った媒体	1. 当社ホームページ 2. 配布チラシ 3. 紹介：紹介者氏名（ ） 4. インターネット（ ） 5. その他（ ）		
本人確認書類 ご本人様の確認取れる書類（表と裏）として、コピーを貼り付けてください。 ・運転免許証 ・旅券（パスポート） ・在留カード ・健康保険証 ・住民票 ・その他			
貼り付け面			
振込 名義人	※振込名義とお申込者名が異なる場合はご記入ください。		
備 考	※ご質問、ご確認事項がある場合はご記入ください。		
※ 電話連絡に不都合な時間帯があれば、備考欄にお書きください。 ※ お申込み確認のご連絡がつかない場合には申込無効となる場合があります。 ※ 申込確認後1週間以内に、下記指定金融機関にお振り込みください。 お振込の控えをもって領収書とさせていただきます。 （領収書の再発行は致し兼ねますので、ご注意ください） ※ FAX送信（受付）後のキャンセルはキャンセル料を頂く場合があります。 ※ キャンセルによる返金は致しかねます。ご了承ください。 ※ ご記入頂いた個人情報は個人情報保護法に基づき適切に取扱い、 厳正に管理いたします。			

【 受講料振込口座 】

名古屋銀行 東中島（ひがしなかじま）支店
 店番号129 普通預金 口座番号3541948
 株式会社HKR カ）エイチケイアル

FAX送付先：052-655-5709

〒454-0042 愛知県名古屋市中川区広仁町2丁目47番地1号

TEL：052-655-5708 中日介護人材育成センター
 （運営会社）株式会社HKR