

介護職員初任者研修受講申込書

※太枠の中をご記入下さい。(修了証発行の際に必要なになります。正確にご記入下さい。)

フリガナ		申込日	平成 年 月 日
氏名	Ⓜ	昭和 平成 (西暦 年)	年 月 日生 (歳)
フリガナ			
住所	〒 - 都道府県 市郡 番地 号室 ※マンション・部屋番号までご明記下さいますようお願い致します。		
連絡先	TEL : () -	男・女	
	携帯 : - -		
	メールアドレス		
職業	(会社名)	電話番号	
		() -	

※ お申込み上の確認事項

- 上記申込書に、必須事項をご記入の上、FAX、郵送、持参のいずれかでお申込下さい。
こちらに届きましたら、ご連絡させていただきます。
また、後日本人確認書の原本の提示をお願いします。
- 申込後、1週間以内**に下記の口座へお振込、又は窓口でのお支払いをお願い致します。
(※お振込の場合、入金確認ができましたら、ご連絡させていただきます。)

《 振込口座 》

フクシマギンコウ コオリヤマエイギョウブ (普通) 1185290

エルキューブライフステージヤツヤマダ カブシキガイシャ エヌジェイアイ

ダイヒョウトリシマリヤク ハシモトヒロユキ

この講座を申し込みされたきっかけ(複数可)

・ホームページ・求人広告・ポスター

・チラシ・友人、知人の紹介

ご紹介で受講される場合、ご記入下さい。

紹介者氏名 _____ 様

主催

株式会社 エヌジェイアイ

〒963-8052

郡山市八山田三丁目8-1

TEL : 024-991-1200

FAX : 024-991-1210

担当 : 藤川・渡邊

* 弊社記入欄

受講生番号		修了証番号	
受講料入金日		教育訓練給付制度	