

介護職員初任者研修 受講申込書

株式会社YICTラスト

〒755-0086 宇部市大字中宇部字西岩田1570-1

【FAX 番号】0836-43-6661

【お申し込みは郵送または FAX にてお願いします。】

受付 年月日	令和 年 月 日	受付 担当者		受付 番号		
-----------	----------	-----------	--	----------	--	--

〔二重線で囲んだ項目を記入してください。〕

研修会場 (ご希望の会場に○)	中宇部 (土曜日) 中宇部 (火曜日) 山口黒川
お申し込み日	令和 年 月 日
ふりがな	
氏名	
住所	〒 ー
生年月日	※和暦でご記入ください 年 月 日生 (満 歳)
電話番号	
FAX番号	
携帯電話番号	
介護実務経験	事業所名 (通算 年 ヶ月)
志望動機	
受講料納付について	※いずれかに○印をお付け下さい (分割をご希望の方はご相談下さい) 事前振込 開講日当日持参 一括振込 (三名様同時申込の場合は10%OFF) 三名同時申込
ご紹介者氏名	※ご紹介を受けられた場合のみご記入ください 氏名 住所 〒 ー TEL