

キャリア・フォースアカデミー介護職員初任者研修 受講申込書

平成 年 月 日記載

私は、下記の個人情報使用目的に同意の上、介護職員初任者研修課程の受講を申し込みます。

個人情報の使用目的 ①講座受講運営業務 ②北海道に提出する書類

フリガナ	男・女	顔写真貼付 受講確定時で可
氏名	印	
保護者名(未成年者のみ)	印	
電話番号 自宅 () -		
携帯 () -		
E-メールアドレス:		
住所 〒 -		
生年月日	昭和・平成 年 月 日	生()歳
介護経験等	あり なし	
資格	有・無 その他()	
講座修了後のお仕事紹介を	希望する	希望しない
受講代金の支払方法	一括 分割()回払い	現金持参 銀行振込 (予定日 月 日)
当講座をどちらでお知りになりましたか?	1.パンフレット 2.ホームページ 3.求人誌() 4.口コミ	
連絡先	〒060-0807 札幌市 北区北7条西4丁目1番トーカン札幌ビル5F キャリア・フォースアカデミー TEL (011)736-1113	

- ※ 受講のお手続きの際には、ご本人確認のための公的身分証明書の提示が必要です。ご提示いただいた証明書は当講座にてコピーをいただき保管いたします。
- ※ 申込書をご提出いただいた後、開講が決定いたしましたら、お手続きのご案内をいたしますので、当講座からの連絡をお待ちください。
- ※ 申込書にご記入いただきます、氏名、生年月日をもとに、修了証明書を発行いたしますので正確にご記入ください。

この申込書は弊社まで「郵送」もしくは「ご持参」ください。