

# 介護職員初任者研修（通信課程） 申込書

介護職員初任者研修の受講を申し込みます。

申込日	令和 年 月 日
フリガナ	
氏 名	
生年月日	昭和・平成 年 月 日
フリガナ	
住 所	〒
T E L	
携帯電話	
フリガナ	
E-mail	
本人確認書類	運転免許証 健康保険証 住民票 パスポート 残留カード（在日外国人の方） ※コピーを提出してください
ご職業	
勤務先	
実務経験	無・有（ 年 ヶ月）
受講理由	<input type="checkbox"/> 仕事に必要なため <input type="checkbox"/> 資格を取得したい <input type="checkbox"/> 介護の仕事がしたい <input type="checkbox"/> 家族の介護に役立てたい <input type="checkbox"/> その他（ ）
ご紹介者	施設名 ご紹介者名
受講料	<input type="checkbox"/> 75,000 円（消費税・テキスト代別）

申込締切日；令和7年4月30日（水）

※ 申込書は受講を決定するものではありません。控えとしてコピーをお取りください。

提出先： さくらカルチャーセンター 担当：草田

〒373-0819 群馬県太田市新島町348-2

TEL：0276-60-2941 FAX：0276-60-2947