

介護職員初任者研修[通信制] 受講申込書

|  |  |             |    |   |
|--|--|-------------|----|---|
| コース  | 7月コース（土曜） ・ 11月コース（日曜）   |             |    | <p style="text-align: center;"><b>写真貼付</b></p> <p>1.最近6ヶ月以内に撮影したもので、脱帽正面上半身。<br/>2.縦4cm×横3cm。<br/>3.カラー・モノクロどちらでも可。</p> |
| ふりがな   |  |             |    |   |
| 氏名   | 印  |             |    |   |
| 生年月日   | 昭和<br>平成   | 年 月 日（満 歳）  | 性別 |   |
| 住所   | 〒 - 都 道 府 県  |             |    |   |
| 電話番号   | 自宅   | - -         | 携帯 | - -   |
| 最終学歴   |  |             |    |   |
| 支払方法   | 現金一括 ・ オリコ学費ローン（詳しくは別紙案内をご参照ください）  |             |    |   |
| 勤務先  |  |             |    |   |
| 就職希望   | 介護分野への就職を <input type="checkbox"/> 希望している <input type="checkbox"/> 希望していない   |             |    |   |
| 保護者<br>(未成年者<br>のみ記入)  | ふりがな   |             | 続柄 | 電話番号  |
|  | 氏名   | 印           |    | - -   |
|  | ふりがな   |             |    |   |
|  | 住所   | 〒 - 都 道 府 県 |    |   |
| 割引<br><span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">併用不可</span> | <input type="checkbox"/> 本校修了生/受講生紹介割引（3,000円）<br>⇒ <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">紹介者氏名</span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">講座名</span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">コース</span> 年 月コース<br><input type="checkbox"/> 施設紹介割引（3,000円）<br>⇒ 施設/事業所/企業様の押印をお願いします。 <span style="border: 1px dashed black; border-radius: 10px; padding: 5px; display: inline-block;">施設/事業所/企業印</span><br><input type="checkbox"/> 学生割引（3,000円）⇒ 学生証の写しを添付してください。<br><input type="checkbox"/> グループ割引（3,000円）⇒ <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">一緒に受講される方の氏名</span> |             |    |   |
| 教育訓練<br>給付金制度  | 厚生労働省「教育訓練給付金制度」の要件に、 <input type="checkbox"/> 該当する <input type="checkbox"/> 該当しない<br>※概要や要件については、当パンフレット内のご説明をご参照ください。  |             |    |   |

※身分証明書の写しを添えてお申し込みください。

※申込期限は開講初日の1週間前必着です。

※教育訓練給付金の申請をされる方は、開講日（オリエンテーション）1か月前までにハローワークに別途申請が必要です。