

介護職員初任者研修課程

受講申込書

受講NO

Q-

申込日 年 月 日

ふりがな				写真貼付 3.0×4.0cm
お名前				
ご住所	〒 ー			
電話番号				
携帯番号				
生年月日	昭和・平成 年 月 日生 (西暦 年)			
勤務先名 (学校名)				
勤務先住所 (学校住所)	〒 ー			
	TEL ー			
職種 (学部・学科)			役職	
有資格			普通自動車免許	有 無
パラメディカル研修	ヘルパー2級	福祉用具専門相談員指定講習	実務者研修	同行援護従業者養成研修
NPO学友会研修	年 月	年 月	年 月	年 月
受講科目	ケアマネ受験対策講座	喀痰吸引等研修	介護職員基礎研修	介護福祉士国家試験対策
	年 月	年 月	年 月	年 月
受講NO			領収NO	
備考 特記事項				

※本書にご記入いただいた個人情報の一部は、就職希望先施設への情報提供及び研修会のご案内、緊急連絡等の際に利用させていただきます。

受講料:75,000円(テキスト、諸経費込み)

振込の場合は、

千葉興業銀行/東金サンピア支店

普通預金 NO6604182

口座名義:パラメディカル(株) 代表取締役 石原隆広

〒283-0005

千葉県東金市田間3-54-9

パラメディカル・教育研修部

tel 0475-52-1121

fax 0475-52-0051