

【 京都府指定 】

介護員養成研修初任者研修課程 受講申込書

受講案内の記載内容について理解の上、受講を申し込みます。

太枠内の必要事項に記入・○印を付けてください。※印は必ず記入してください。 記入日： 令和 年 月 日

フリガナ			※性別	
※氏名	(印)		男 ・ 女	
※生年月日	T S H	年	月 日 歳	
※住所	〒 -			備考
※電話番号	()			
FAX番号	()			
※携帯番号	()			

※受講希望クラス	第 回	短期 ・ 土曜
----------	-----	---------

教育訓練給付金制度のご利用	
教育訓練給付金制度について (申請する ・ 申請しない)	
対象クラス:	介護員養成研修初任者研修課程全てのコースが対象となります。
対象者:	1 雇用保険を3年以上支払われている方 2 雇用保険を1年以上支払われている方で、教育訓練給付制度を初めて利用される方

割引利用			
ご紹介者名	修了生(受講講座)	グループ	2名~4名 ・ 5名様以上(いずれかに○)
	啓信会職員(いずれかに○)		代表者名
	様		様
修了生(当スクールでの受講歴)	・あり(受講講座名) ・なし		PSナンバー

※事業所処理欄

受講料					
1	一括支払	月 日	入金 予定	2	2回分割
					月 日
					月 日
					入金 予定

受講No.	受付日	確認書送付	入金日	受講料総額	身分証明書	担当者
	/	/	/	円	<input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> その他	
備考					HP	