

申込日： 年 月 日

受講申込書

講座名	介護職員初任者研修講座	開講日	令和8年6月6日開講		山都教室
フリガナ		性別	生年月日	S・H	年 月 日 (歳)
氏名	(印)	男・女			
住所	〒 _____ 都道市 府県 郡 <small>※アパート・マンションの号室等もご記入下さい。</small>				
電話	()	携帯電話	()		
お支払い方法	<input type="checkbox"/> 銀行口座振込 (一括)				
テキスト注文方法	<input type="checkbox"/> 自分で購入する ※ご自身でご購入される場合は開講決定後にご購入下さい。 <input type="checkbox"/> 当校へ注文依頼をする				
ご職業	1. 介護職員 2. 会社員 3. パート・アルバイト 4. 無職 5. 学生 6. その他				
就職時期	1. 資格取得後すぐ 2. 受講中に検討 3. 就職は考えていない 4. 就業中				
健康状態	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 持病あり → お申込みの前に必ず事務局へご相談下さい。 <small>(障がいを含む)</small> その上でお申込みをお受けできない場合も ございます事をご了承下さい。				
当校を知ったきっかけ	<input type="checkbox"/> 在校生・卒業生からの紹介 <input type="checkbox"/> 知人の紹介 <input type="checkbox"/> 新聞折込チラシ <input type="checkbox"/> お勤めの施設 <input type="checkbox"/> テレビCM <input type="checkbox"/> その他 ()				
お選び頂いた動機	<input type="checkbox"/> 金額が安い <input type="checkbox"/> 受講期間が短い <input type="checkbox"/> システムが自分に合っている <input type="checkbox"/> 就職支援がある <input type="checkbox"/> 自宅から近い (交通の便がよい) <input type="checkbox"/> 対応のよさ				

※受講者が未成年者の場合、保護者の同意による署名と捺印が必要となります。

保護者氏名	(印) 続柄 ()
-------	------------

《 FAXにてお申込みの場合 》

FAX番号 0985-48-6222 まで

《 郵送にてお申込みの場合 》

◆申込先◆

〒880-0011 宮崎市上野町4番7号 株式会社セリナ まで

【個人情報保護について】

介護員養成研修事業「申込書」等、各種添付書類に記載された個人情報につきましては、当校介護員養成研修事業に関する名簿登録・修了証明書発行業務以外の目的に利用することはありません。