

介護職員 初任者研修課程

『 受講 申 込 書 』

平成 年 月 日

※受付番号 受付日(. .)		※受講番号		写真を貼って下さい。 ◆ 縦4cm×横3cm ◆ 3カ月以内のもの (注1)	
申し込みの コースにチェッ クして下さい	<input type="checkbox"/> 平成30年 5月開講コース(5月～6月の日中コース)		(注1)		
	<input type="checkbox"/> 平成30年 7月開講コース(7月～12月の夜間コース)				
	<input type="checkbox"/> 平成31年 1月開講コース(1月～3月の日中コース)				
フリガナ			◆生年月日		
氏 名	男	昭和	年	月	日生まれ
(注2)	女	平成	(歳)
◆住民登録している住所		(注3)			
〒					
◆上記住所と郵送先もしくは実際の住所が異なる場合は、ご記入下さい。					
〒					
自宅電話	() - -	携帯電話		-	-
自宅FAX	() - -				
本人確認のた めの提出物 (写し)	<input type="checkbox"/> 戸籍謄本、もしくは抄本、もしくは住民票		<input type="checkbox"/> 住民基本台帳カード、もしくは残留カード		
	<input type="checkbox"/> 健康保険証	<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> パスポート	<input type="checkbox"/> 年金手帳	
	<input type="checkbox"/> 運転免許以外の国家資格を有する場合は、その免許証もしくは登録証				
※申込時に本人確認が必要ですので、必ずご本人がお越し下さい。代理申込では受け付けられません。					

◇太線枠内のみご記入下さい(受付番号、受講番号は事務局で記入します)

(注1) 写真は必ず添付して下さい(スナップ写真の切り抜きは不可)

(注2) 修了証書の氏名になりますので、楷書で正確に記入し、必ずフリガナも付けて下さい。

(注3) 修了後に大阪府に届出が必要ですので、住民登録(住民票)している住所を正確に記入して下さい。

◇申込後、申込締切期限日までに下記にご入金下さい(現金での受け付けは不可)

振込先 : 紀陽銀行 鳳支店 普通預金 口座番号 489236

名義人 : 社会福祉法人おおとり福祉会 ホームヘルパー養成事業 理事長 山本鉄也