# ウェルサークル 介護職員初任者研修 受講申込書

私はウェルサークル介護職員初任者研修の受講を申し込みます。申込にあたり、学則に同意致します。

☐ **同意します**（同意される方は左記☑をご記入ください）

| | |
|---|---|
| 申込日 | 年　　月　　日 |
| （フリガナ） | |
| 署名 | ㊞ |
| 性別 | 男　・　女 |
| 生年月日 | 年　　月　　日（　　歳） |
| 住所 | 〒　　－<br>※マンション名等正確に記入ください |
| ご自宅電話番号 | |
| 携帯電話番号 | |
| メールアドレス | |
| ご職業 | ☐ 介護職員（経験年数　約　　年　　ヶ月）　☐ その他 |
| 受講料納入方法 | 現金一括（　振込　・　持参　）・ 現金分割（　振込　・　持参　） |
| 割引制度 | ☐ 卒業生紹介割引（紹介者氏名：　　）<br>☐ 人材サービス登録割引（☐ 稼働歴あり・☐ 稼働歴なし）<br>☐ 施設紹介割引（施設名：　　）<br>☐ 学生割引（学校名：　　）　☐ 社内割引 |
| 保護者署名 | ㊞<br>※18 歳未満の方は必ず保護者の署名・捺印をお願いします |

ウェルサークル記入欄

| | | |
|---|---|---|
| 受付日：　　年　　月　　日 | ￥　　－ | 受領印 |