ウェルサークル 介護職員初任者研修 受講申込書（個人用）

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**　※チェックのない場合、申込受付はできません。

受講者情報	フリガナ	性別
	氏名（署名）	□男　□女
生年月日	西暦　　年　　月　　日　（　　歳）	
住　所	〒　　- ※マンション名等正確に記入ください	
ＴＥＬ	※繋がり易い番号を記入ください	
Ｍａｉｌ		
教育訓練給付金	□利用する　□利用しない　□確認中	
受講料納入方法	□一括（　□振込　□持参　）　□分割　※分割の場合は持参のみの対応	
通学方法	□自家用車　□バイク　□その他	
割引制度	□卒業生紹介 3,000 円割引（紹介者名：　　） □学生 10%　□たくふう会グループ職員	
職歴	介護業務などに係る経験年数　（　約　　年　）	
現在の勤務先	※介護のお仕事をしている方のみ記入	

ウェルサークル記入欄

受付日	年　月　日	受講番号	