

ウェルサークル 介護職員初任者研修 受講申込書（法人用）

当法人および受講生は、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 ※チェックのない場合、申込受付はできません。

申込法人	法人名			
	就業施設			
	住所	〒 -		
	ご担当者	役職名：	氏名：	
	TEL			
	Mail			
	支払方法	<input type="checkbox"/> 振込 <input type="checkbox"/> 現金持参		
	請求書	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要	領収証	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要
受講者情報	フリガナ			性別
	氏名			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	生年月日	西暦	年	月 日 (歳)
	住所	〒 - <small>※マンション名等正確に記入ください</small>		
	TEL	<small>※繋がり易い番号を記入ください</small>		
	Mail			
	通学方法	<input type="checkbox"/> 自動車 (<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 軽) <input type="checkbox"/> 原付 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> 公共交通機関 <input type="checkbox"/> ほか		
	職歴	介護業務などに係る経験年数 (約 年)		

ウェルサークル記入欄

受付日	年 月 日	受講番号	
-----	-------	------	--