

ウェルサークル 介護福祉士実務者研修 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福祉士実務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。

	開講月	<input type="checkbox"/> 5月開講 <input type="checkbox"/> 7月開講			
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	〒 -			
		※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				
	保有資格	<input type="checkbox"/> 資格なし <input type="checkbox"/> ヘルパー2級 <input type="checkbox"/> 介護職員初任者研修			
	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	
-----	-----------------	------	--