

ケアスクールかいごのココロ介護職員初任者研修受講申込書

受講申込日 令和 年 月 日

受講コース	通信課程 夏休みコース(月、水、金、土)
研修期間	令和4年7月25日(月)～令和4年8月27日(土)

フリガナ		
氏名	修了証に記載する字でご記入ください	男・女
生年月日	(西暦) 年 月 日 ()歳	
住所	〒 都・道 市 府・県 郡	
連絡先	(自宅電話番号) ()	
	(携帯電話番号) - -	
18歳未満の方 保護者の同意	令和 年 月 日 本受講に同意します。 保護者氏名	⑩
本人確認について	申し込み時、または開講初日に学生証、運転免許証、健康保険証、パスポート、住民票等、本人確認ができるものをお持ちください。	確認欄(記入し ないでください)

【個人情報のお取扱いについて】

お申込みに関わる個人情報は、厳重に管理し、本研修以外の目的に使用することはありません。

お申込み・お問い合わせ
 ケアスクールかいごのココロ
 〒770-8054 徳島市山城西4丁目16番地5
 沖浜ヒルズ館3階 D 号室
 TEL 088-677-9830 Fax 088-677-9831

