

# 介護職員初任者研修 申込書

証明写真は貼らずに提出下さい。受講決定後、開講初日に2枚ご持参願います。

介護職員初任者研修の受講を申し込みます

申込日	令和 年 月 日
フリガナ	
氏名	
生年月日	昭和・平成 年 月 日
フリガナ	
住所	〒
TEL	
携帯電話	
E-mail	
本人確認書類	住民票 運転免許証 健康保険証 パスポート 残留カード（在日外国人の方）
ご職業	
実務経験	無・有（施設介護 在宅介護 家族の介護 その他（ ））
受講理由	仕事に必要なため 介護の仕事がしたい 資格を取得したい 家族の介護に役立てたい その他（ ）
通学手段	自家用車 バス 電車・バス併用 徒歩 自転車

**申込締切日：令和元年10月11日（金）18時必着**

※申込書は受講を決定するものではありません。控えとしてコピーをお取り下さい。

受講決定の可否については郵送にて通知致します。通知が届くまで控えを大切に保管して下さい。

提出先：  **有限会社コスモス** 企画兼総務

〒371-0823 群馬県前橋市川曲町1-1

TEL 027-251-1500 FAX 027-289-3301

担当： 東山・島宮

