

介護職員初任者研修（通学）受講申込書

お申込日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

（申し込み先）

有限会社アット あいりヶアスクール

〒452-0812

名古屋市西区玉池町212番地

電話：052-509-5115

下記の必要事項を記入の上、講座開始1週間前までに

左記申し込み先までFAXまたは郵送でお申し込みください。

FAX：052-509-5116

フリガナ				性別	男・女
氏名					
生年月日	明大 昭平	年	月	日	年齢 歳
フリガナ					
自宅住所	〒 _____ 都道 府県				
自宅電話	() -	携帯電話	- -		
FAX	() -	Eメール			

緊急連絡先

フリガナ				続柄	
氏名					
電話	() -	Eメール			

割引制度の適用（5,000円割引）

<input type="checkbox"/> 2名以上同時に申込みされた方 （同時申込者氏名： _____）	<input type="checkbox"/> 本講座修了生の紹介の方 （紹介者氏名： _____）
<input type="checkbox"/> 当社職員の紹介の方 （紹介者氏名： _____）	<input type="checkbox"/> 近隣地域にお住まいの方 （ <input type="checkbox"/> 比良西、 <input type="checkbox"/> 比良、 <input type="checkbox"/> 大野木、 <input type="checkbox"/> 山田学区）

※ ご記入いただきました個人情報につきましては、本研修以外の目的には使用いたしません。