

介護職員初任者研修受講申込書

※太枠の中をご記入下さい。(修了証発行の際に必要なになります。正確にご記入下さい。)

フリガナ		申込日	年	月	日
氏名	(印)	昭和 平成	年	月	日生
		(西暦	年)	(歳)
フリガナ					
住所	〒 都道府県 市郡 番地 号室 ※マンション・部屋番号までご明記下さいますようお願い致します。				
連絡先	TEL : () -	男 ・ 女			
	携帯 : - -				
	メールアドレス				
職業	(会社名)	電 話 番 号			
		() -			

※ お申込み上の確認事項

- 1 上記申込書に、必須事項をご記入の上、FAX、郵送、持参のいずれかでお申込下さい。こちらに届きましたら、ご連絡させていただきます。また、後日本人確認書の原本の提示をお願いします。
- 2 **申込後、1週間以内**に下記の口座へお振込、又は窓口でのお支払いをお願い致します。
 (※お振込の場合、入金確認ができましたら、ご連絡させていただきます。)

《 振込口座 》

フクシマギンコウ コオリヤマエイギョウブ (普通) 1185290
エルキューブライフステージヤツヤマダ カブシキガイシャ エヌジェイアイ
ダイヒョウトリシマリヤク ハシモトヒロユキ

この講座を申し込みされたきっかけ(複数可)

- ・ホームページ ・求人広告 ・ポスター
 - ・チラシ・友人、知人の紹介
- ご紹介で受講される場合、ご記入下さい。

紹介者氏名 _____ 様

主催
 株式会社 エヌジェイアイ
 〒963-8052
 郡山市八山田三丁目8-1
 TEL : 024-991-1200
 FAX : 024-991-1210
 担当 : 藤川

* 弊社記入欄

受講生番号		修了証番号	
受講料入金日		教育訓練給付制度	