

介護職員初任者研修 申込書

私は以下の個人情報使用目的に同意の上、介護職員初任者研修の受講を申し込みます。
* 次の項目についてもれなくご記入（又は該当するものにチェック☑を入れて）ください。

申込日	令和 年 月 日
ふりがな 氏 名	(男 ・ 女)
生年月日	昭和 ・ 平成 年 月 日 (歳)
住 所	〒
電 話	() - * 連絡のつきやすい電話番号をご記入ください
Eメール	@
職 業	<input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> 契約社員 <input type="checkbox"/> 派遣社員 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 主婦 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 求職中 <input type="checkbox"/> その他 ()
コース	() 教室 年 月開講コース () 曜日クラス
通学手段	<input type="checkbox"/> 車（普通車・軽自動車） <input type="checkbox"/> バイク <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> その他 ()
受講料納入方法	<input type="checkbox"/> 現金（一括・分割） <input type="checkbox"/> 振込（一括・分割） <input type="checkbox"/> クレジットカード一括
紹介者の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（紹介者名： 所属：)
教育訓練給付制度 （受講費用の一部を公共職 業安定所（ハローワーク）か ら支給する制度）	<input type="checkbox"/> 特定一般教育訓練給付金（受講費用の40%給付） ※受講開始1ヶ月前までに、訓練前キャリアコンサルティングを受け、ハローワーク へ支給申請手続きを行う必要があります。 <input type="checkbox"/> 利用しない

◇ご記入いただいたお客様の個人情報の使用目的は次の通りです
・ 弊社の講座受講運營業務 ・ 弊社からの教育講座、就業に関するご案内
・ お客様との連絡及び満足度等の調査 * その他、実習先や県に情報を提出する場合があります

お申込み先 (FAX 又は郵送でお申込み下さい)

 株式会社 ハートスイッチ

〒710-0038 岡山県倉敷市新田 2434-1
TEL : 086-420-1600
FAX : 086-435-7021