

【 滋賀県指定 】

介護職員初任者研修課程 受講申込書

申込日 年 月 日

※太枠内の必要事項に記入・○を付けてください。印のところは必ず捺印してください。

フリガナ		※性別	
※氏名	(印)	男 ・ 女	
※生年月日	T S H 年 月 日 歳		
※住所	T -		
※電話番号	()	備考	
FAX番号	()		
※携帯番号	()		

※受講希望クラス	第 回 短期 ・ 土日 コース
----------	-----------------

教育訓練給付金制度のご利用	
教育訓練給付金制度について (申請する ・ 申請しない)	
対象クラス:	介護職員初任者研修課程全てのコースが対象となります。
対象者:	1 雇用保険を3年以上支払われている方 2 雇用保険を1年以上支払われている方で、教育訓練給付制度を初めて利用される方

割引利用			
ご紹介者名	修了生(受講講座) または啓信会職員	ご紹介施設	施設名() 紹介者名
	様		様

修了生(当スクールでの他コースの受講歴)	あり(受講講座名:) ・ なし	PSナンバー	
----------------------	------------------	--------	--

受講料お支払い方法 ※お支払いの際にお釣りのないようお願い致します。												
1	一括支払	月	日	入金 予定	2	2回分割	月	日	入金 予定	月	日	入金 予定

※事業所処理欄

受講No.	受付日	確認書送付	入金日	教材引渡		受講料総額	身分証明書	担当者	
	/	/	/	/	/	円	<input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証		
備考							HP	<input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> その他	