

令和4年度介護職員初任者研修 申込用紙 FAX:022-774-2779

介護技術習得センター 特定非営利活動法人
ドリームプロジェクト

◆受講生番号(事務局記入) 2-39-
◆修了証発行日(事務局記入) 年 月 日
◆修了証番号(事務局記入) 宮城介養第2-39-

写真貼付け

お手元があれば
貼付けください

◆受講生ご本人

ふりがな:	ご住所: 〒 -
お名前:	

※マンション・アパートなどの場合は部屋番号も明記

性別: 男・女	生年月日:(西暦) 西暦 年 月 日(S・H 年)	携帯番号:	電話番号:
------------	------------------------------	-------	-------

※氏名・住所・生年月日は資格取得者届出・修了証発行に必要ですので必ずご記入ください。

◆誓約書:

私は、介護技術習得センターの初任者研修受講にあたり、会場施設のルールに従い、学則を遵守し、講師の指示に従い、資格取得に向けて意欲的に取り組みます。

氏名:

印

※学則はホームページでご確認ください。

◆緊急連絡先

ふりがな:	電話番号:	本人との関係
お名前:	携帯番号:	

※受講中の急病などの場合にご連絡させていただく場合がございます。

◆受講クラス

大和クラス 岩沼クラス 八乙女クラス 向山クラス

参考までにお聞かせください。

◆現在のお仕事

介護関係の仕事()可能でしたら具体的に記入ください。
それ以外(関係) 無職

◆受講動機

仕事で資格が必要 今時間があるから将来の備えに 家族の介護のため等
それ以外()

※行政指導により、本人確認をさせていただきます。

受講初日に、運転免許証などの身分証明書をご持参下さい。コピー可。確認後返却致します。

本人確認:運転免許証 健康保険証 パスポート その他()

◆受講料お支払い方法

振込(振込予定日: 月 日頃、分割2回目 月 日頃)

◆振込名義:()法人名振込など本人氏名以外の場合のみご記入下さい。