

初任者研修申込書

研修について			
希望コース		お申込日	年 月 日
1. 介護事業所または障害事業所での実務経験はありますか <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない			
2. 「ある」と回答された方は、以下の概要箇所にご記入ください			
実務場所： <input type="checkbox"/> 通所系 <input type="checkbox"/> 施設系 <input type="checkbox"/> 訪問系 <input type="checkbox"/> 医療機関 実務年数： 年			
※基本研修免除対象となる場合は、実地研修申込書にてお申し込みください			
3. 請求書の送付先について、該当箇所にチェックを入れてください <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 会社			
受講者情報			
ふりがな		性別	男性 ・ 女性
氏名		年齢	歳
生年月日	年 月 日		
自宅住所	〒 -		
電話番号		メールアドレス	@
勤務先または第2連絡先情報			
勤務先		電話番号	
勤務先住所	〒 -		
担当者氏名		担当者 メールアドレス	@
申し込み方法			
・ 現在就業中でない方は、第2連絡先（ご家族様等）を上記欄にご記入ください			
・ 申し込みはFAXまたはメールでお願い致します			
Fax 052-414-7506 mail care-college@juju-g.co.jp			



ひなたケアカレッジ

株式会社寿々

〒453-0863
名古屋市中村区八社1丁目97
Tel 052-414-7505