

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○をつけて）ください。

申込日	平成 年 月 日
ふりがな 氏 名	
生年月日	昭和 ・ 平成 年 月 日
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	会社員 ・ 自営業 ・ 学生 ・ アルバイト ・ 主婦 ・ 無職 その他 ()
コース	平成 年 月開講コース 木 ・ 土 曜日クラス
通学手段	車（普通車・軽自動車） ・ バイク ・ 自転車 ・ 公共交通機関 ・ 徒歩
受講料納入方法	振込 ・ 持参
紹介者の有無	無 ・ 有 （紹介者名： 所属： ）

◇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

- ・ 弊社の講座受講運営業務
- ・ 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

HEART
SWITCH



株式会社 ハートスイッチ

〒710-0038 岡山県倉敷市新田 2424-4

TEL: 086-420-1600 FAX: 086-435-7021