

受講申込書

R5年(春)介護職員初任者研修 (研修期間:R5年6月2日~8月8日)

の受講を希望します。

申込み日:R5年 月 日

(募集期間:R5年5月22日まで)

| | |
|------|-------------|
| ふりがな | |
| 氏名 | |
| 住所 | 〒 |
| 電話番号 | |
| 携帯番号 | |
| 生年月日 | 昭和・平成 年 月 日 |
| 年齢 | 歳 |
| 性別 | 男 女 |

*住所・氏名・生年月日は、修了証明書等の原本となります。

*戸籍上の氏名で、住所は、アパート名・部屋番号まで、正確に楷書で記載をお願いします。

| | |
|--------------------------------|----------------|
| 受講料 支払いは5月22日迄 | 振込予定日 月 日 |
| 【払い込み先】 | |
| 銀行名 : 横浜農協 | 支店名 : 原支店 |
| 講座種別 : 普通預金 | 口座番号 : 0019457 |
| 口座名義人: (株)アイシマ あいしまキャリアアップカレッジ | |

※ 受講料振込み確認と、公的機関発行の証明書で(健康保険証、住民票の写し、運転免許証等いずれか)本人確認後した段階で、受講決定とさせていただきます。

※ 受講申し込み取り消しについて

「ヘルパー研修受講取り消しに伴う取り扱い規程」に準じます。

受講申込書と本人確認の書類を右記に郵送・FAX またはご持参ください

〒246-0022
横浜市瀬谷区三ツ境73-7
FAX 045-360-3512
あいしまキャリアアップカレッジ宛

問い合わせ先

株式会社 アイシマ

電話 045-363-8121 担当 野水・安城