

# 受講申込書

介護職員初任者研修（研修期間：R6年6月7日～8月13日）  
の受講を希望します。

申込み日：R6年 月 日

（募集期間：R6年4月1日～5月27日）

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 <b>支払いは5月27日迄</b>	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	

\*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は「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