



FAX : 03-5963-8132

実務者研修受講申込書

フリガナ			性別	生年月日	
(甲)氏名		印	男・女	昭和・平成	年 月 日生
勤務先名			勤務先 電話番号	()	
自宅住所	〒 -				
TEL	()		FAX	()	
未成年のみ親権者の同意が必要です					
親権者		印	親権者	()	
平成 30 年 () 月生の実務者研修を申込みます					
には該当する資格に☑を入れてください					
取得資格名	無資格・ヘルパー 3 級修了者				
	ヘルパー 2 級修了者				
	介護職員初任者研修修了者				
	ヘルパー 1 級修了者				
	介護職員基礎研修修了者				
ペア割引 () 様 ・ 紹介者 (平成 年 月生) 様					
お支払い方法☑	お振り込み (一括) ・ お振り込み (2 分割・3 分割)				

お持ちの資格修了証のコピーを添付してください (無資格者は不要)

【銀行振込先】東京シティ信用金庫 志村支店 普通 0281286

株式会社くるみ福祉会 代表取締役 佐藤 司