



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	()
令和2年()月生()曜コースの実務者研修を申込みます			
□には該当する項目に☑を入れてください			
取得資格名	<input type="checkbox"/>	無資格・ヘルパー3級修了者	
	<input type="checkbox"/>	ヘルパー2級修了者	
	<input type="checkbox"/>	介護職員初任者研修修了者	
	<input type="checkbox"/>	ヘルパー1級修了者	
	<input type="checkbox"/>	介護職員基礎研修修了者	
□教育訓練給付金を申請したい □未定 ・ □その他()			
□ペア割引()様 ・ □紹介者()様			
お支払い方法☑ <input type="checkbox"/> お振り込み(一括・2分割) ・ □Jaccs(@)			

※Jaccsは審査があります

※ 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

くるみ福祉カレッジ