介護職員初任者研修課程　　申込書

２０１９年１月度　介護職員初任者研修課程の受講を申し込みいたします。

申込日　　2018 年　　月　　日

フリガナ		生年月日	昭・平	年　月　日　歳
お名前	男・女	ご職業		
ご住所	〒	電話番号	連絡が取れる電話番号を書いてください	
メールアドレス				
添付した書類(いずれかのコピー)	**運転免許証　・　健康保険証　・　パスポート　・　戸籍謄本、抄本　・　住民票**			

生協の組合員ですか？	医療生協組合員　　コープぐんま組合員　　どちらも未加入
医療・介護現場での経験	あり　（　　）　なし
資格取得後、介護の現場で働く意志はありますか	あり　具体的に（　　） なし

【キャンセルについて】　　お電話でのキャンセルはできません。

お申し込み後のキャンセルは、ＦＡＸまたはメールでご連絡下さい。

またその場合キャンセル料が発生します。

開講日の前々日　　０円

開講日の前日（16時まで）　３０，０００円

開講日当日　　６０，０００円

キャンセル料について了承しました。

署名　　印

【お申し込みに必要な書類】
※運転免許証、健康保険証、パスポート、戸籍謄本・抄本、住民票のいずれかのコピー

※受講中などの怪我や事故等に関しては一切責任を負いかねますのでご了承ください。
※欠席・遅刻・早退は認められません。
※定員３０名を超えた場合は選考させていただきますので、ご了承下さい。
※選考から外れた方にもハガキで通知します。
※郵送でお申し込み下さい。（２０１８年１２月１４日　必着）

****** お申し込み・お問い合わせ　**********

〒371-0811　前橋市朝倉町830-1
群馬中央医療生活協同組合
介護職員初任者研修　　萩原

電　話　　０２７－２６５－３５３１
ＦＡＸ　　０２７－２６５－３５３２
メール　　homehelper@kyouritsu.or.jp