

介護職員初任者研修課程 申込書

2019年5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 2019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 ・ マイナンバーカード、通知書			
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 キャンセル料について了承しました。

開講日の前日(12時まで) 30,000円

開講日当日 60,000円

署名



**【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、マイナンバーカード・通知書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。

※受講決定者には後日、郵送にて開講のご案内を致します。また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。(2019年4月12日 必着)

\*\*\*\*\* お申し込み・お問い合わせ \*\*\*\*\*

〒371-0811 前橋市朝倉町830-1

電話 027-265-3531

群馬中央医療生活協同組合

FAX 027-265-3532

介護職員初任者研修 萩原

メール [homehelper@kyouritsu.org](mailto:homehelper@kyouritsu.org)