

送信先：コウダイケアサービス介護員養成校（コウダイケアサービス株式会社内）

FAX 078-271-8270

介護職員初任者研修 受講申込書

※ ふと枠内にご記入下さい

フリガナ		性別	生年月日
氏名		男・女	年 月 日 （ 歳）
保護者氏名		印	18歳未満の方は保護者のご署名ご捺印をお願いします
住所	〒 -		
TEL		FAX	
E-mail			
お支払い方法	銀行振込 ・ 窓口支払い		
備考			

※ 申込書を頂きましたら、コウダイケアサービスより追ってご連絡いたします

※ 頂きました個人情報、初任者研修講座受講での範囲内で利用し、第三者に開示することはございません

※ 申込時または初回受講時において、次のいずれかにより、ご本人確認をさせていただきます（戸籍謄本・戸籍抄本もしくは住民票、住民基本台帳カード、在留カード等、健康保険証、運転免許証、パスポート、年金手帳、国家資格免許証または登録証、マイナンバーカード）

お申込方法のご案内

《お申込方法》

講座のお申込みについては下記方法にて承っております

- コウダイケアサービスホームページからのお申込み
- 受講申込書のFAX
- コウダイケアサービス窓口でのお申込み

※先着・定員制のため、ご希望に沿いかねる場合がございますので、ご了承ください

※教材発送後の自己都合による解約に関しては返金は致しかねます