



fax : 042-500-1632 又は mail : kaigo-shonin@douen.jp

介護職員初任者研修（通信）受講申込書

フリガナ				申込日	令和	年	月	日
氏名								
フリガナ								
住所	(〒 -)							
生年月日	昭和・平成 年 あ 月 日 (歳)							
電話番号				FAX				
E-mail	@							
ヘルパー3級 資格保有	有・無	職業				支払方法	現金・振込	
*ヘルパー3級資格保有者は修了証明書のコピーを添付してください。 *本人確認書類（運転免許証・健康保険証・パスポート等）を添付してください。								