

## 介護職員初任者研修 申込書

私は以下の個人情報使用目的に同意の上、介護職員初任者研修の受講を申し込みます。  
\* 次の項目についてもれなくご記入（又は該当するものにチェック☑を入れて）ください。

申込日	平成 年 月 日
ふりがな 氏 名	( 男 ・ 女 )
生年月日	昭和 ・ 平成 年 月 日 ( 歳 )
住 所	〒
電 話	( ) - * 連絡のつきやすい電話番号をご記入ください
Eメール	@
職 業	<input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> 契約社員 <input type="checkbox"/> 派遣社員 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 主婦 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 求職中 <input type="checkbox"/> その他 ( )
コース	( ) 教室 平成 年 月開講コース ( ) 曜日クラス
通学手段	<input type="checkbox"/> 車（普通車・軽自動車） <input type="checkbox"/> バイク <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> その他 ( )
受講料納入方法	<input type="checkbox"/> 一括払い <input type="checkbox"/> 分割払い
紹介者の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（紹介者名： 所属： )
教育訓練給付制度	<input type="checkbox"/> 利用する <input type="checkbox"/> 利用しない

◇ご記入いただいたお客様の個人情報の使用目的は次の通りです

- ・ 弊社の講座受講運營業務
- ・ 弊社からの教育講座、就業に関するご案内
- ・ お客様との連絡及び満足度等の調査
- \* その他、実習先や県に情報を提出する場合があります

お申込み先 (FAX 又は郵送でお申込み下さい)

HEART  
SWITCH



株式会社 ハートスイッチ

〒710-0038 岡山県倉敷市新田 2434-1

TEL: 086-420-1600 FAX: 086-435-7021