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	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	□正社員　□契約社員　□派遣社員　□パート・アルバイト □自営業　□主婦　□学生　□求職中 □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	□車（普通車・軽自動車）　□バイク　□自転車　□その他（　　）
受講料納入方法	□一括払い　□分割払い
紹介者の有無	□無　□有（紹介者名：　　所属：　　）
教育訓練給付制度	□利用する　□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
・弊社の講座受講運営業務　・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