介護職員初任者研修　申込書

介護職員初任者研修の受講を申し込みます

申込日	平成　　年　　月　　日
フリガナ	
氏名	
生年月日	昭和 ・平成　　年　　月　　日
フリガナ	
住所	〒
TEL	
携帯電話	
E－mail	
本人確認書類	戸籍謄本　戸籍抄本　住民票　住民基本台帳カード　健康保 運転免許証　パスポート　年金手帳
ご職業	
実務経験	無 ・ 有 （施設介護　在宅介護　家族の介護　その他（
受講理由	仕事に必要なため
	介護の仕事がしたい
	資格を取得したい
	家族の介護に役立てたい
	その他（　　）
通学手段	自家用車 （車番　　）(車種　　） バス　電車・バス併用　徒歩
支払方法	口座振込 ・ 現金

申込締切日：令和1年8月30日(金)までにご提出下さい。

※申込書は受講を決定するものではありません。控えとしてコピーをお取りください。

受講決定の可否についてはお電話にて通知致します。連絡が行くまで控えを大切に保管して下

提出先 ：　株式会社 トーコーケア

〒060-0032　札幌市中央区北2条東7丁目82 ラポール永山公園1F

TEL 011-251-5160　FAX 011-251-5167

担 当 ：　田中