

北医療生協 介護職員初任者研修 受講申込書

申込日：令和 年 月 日

フリガナ 氏 名		性 別	男 ・ 女
生年月日	昭 ・ 平 年 月 日 (満 歳)		
住 所	〒 ー		
電話番号			

【 区分 】 (北医療生協の組合員は受講料の割引があります。)

組合員	組合員番号 _____ 組合員名 _____ (いずれかに○) 本人 家族	組合員本人：30,800 円 (職員受講料、上記に同じ) 組合員家族：30,800 円 (家族欄に登録済の方) 一般 : 38,500 円
一 般		

【 勤務先または学校名 】

会社名 又は学校名	
住 所	〒 ー
電話番号	

【 受講の動機 】