

きたいりょうせいきょう かいごしょくいんしよにんしゃけんしゅう じゅこうもうしこみしよ
 北医療生協 介護職員初任者研修 受講申込書

もうしこみび れいわ ねん がつ じち
 申込日: 令和 年 月 日

フリガナ 氏名			性別	男・女	顔写真貼付
生年月日	西暦・昭和・平成 年 月 日(満 歳)				
住所	〒 -				
電話番号	固定電話: 携帯:	- - - -	メールアドレス	@	
連絡のメインは(固定・携帯)へ					

【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 _____
	(いづれかに○) 本人 家族
一般	

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)

【勤務先または学校名】

会社名 または学校名	
住所	〒 -
電話番号	

【受講の動機】

--

※ご自宅にWi-Fi環境がありますか(どちらかに○)

ある

ない