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	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:　　－　　－ 連絡のメインは(固定・携帯)へ	メール アドレス	@	

【 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 ＿＿＿＿＿＿＿＿ (いづれかに〇)　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		

【 勤務先または学校名 】

会社名 又は学校名	
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(いづれかに〇)　　ある　　ない