

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: 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○) 本人 家族
一般	

組合員本人: 30,800円
 (職責受講料、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】

--