

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

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 業 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(いづれかに○)

ある

ない