

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

ふりがな 氏名		性別 男・女	
せいねんがつび 生年月日	せいれき・しょうわ・せいせい 西暦・昭和・平成	ねん がつ じち 年 月 日(満 歳)	かおじやしんはりつけ 顔写真貼付
じゅうしょ 住所	〒 -		
でんわばんごう 電話番号	こていでんわ 固定電話: - - けいたい 携帯: - - れんらくのメインは(こてい・けいたい) 連絡のメインは(固定・携帯)へ	めーる 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。)

くみあい 組合員	くみあいばんごう 組合員番号 _____ くみあいいい 組合員名 _____ (いづれかに○) ほんにん 本人 かぞく 家族
いっばん 一般	

くみあいいいほんにん しょくいん
組合員本人(職員)
:30,800円
くみあいいいかぞく
組合員家族:30,800円
(家族欄に登録済の方)
いっばん
一般 :38,500円

【勤務先または学校名】

かいしゃめい 会社名 また がつこうめい または学校名	
じゅうしょ 住所	〒 -
でんわばんごう 電話番号	

【受講の動機、介護の仕事経験や資格等】

--

※ご自宅にWi-Fi環境がありますか(いづれかに○)

ある

ない