

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 年 月 日
 申込日: 令和 年 月 日

フリガナ 氏名			性別 男・女	
生年月日	西暦・昭和・平成 年 月 日(満 歳)		顔写真貼付	
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)
 一般受講料 :38,500円

【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○) 有る ない

※通信課題と修了評価試験のふりがな希望(いづれかに○) ふりがなあり ふりがなし