

介護職員初任者研修 通信講座 申込書

埼玉県指定番号 指令北福第 169 号

申込日 平成 年 月 日

申込講座名	()1月開講 土曜日コースに申込み。 ()授業無料体験希望【約60分】希望日⇒ 月 日 ※お申込みの方は()内に○をご記入ください。		
ふりがな		年齢	性別
お名前		歳	男 ・ 女
生年月日	T・S・H 年 月 日		
ご住所	〒 ご自宅 TEL : 携帯 :		
ご職業	<input type="checkbox"/> 介護職員 <input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> 他職種パート・アルバイト <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 主婦 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> その他 ()		
受講のきっかけ	<input type="checkbox"/> 介護職に興味があった <input type="checkbox"/> スキルアップを図るため <input type="checkbox"/> 家族や親族の介護 <input type="checkbox"/> その他 ()		
就職支援	<input type="checkbox"/> お仕事相談・介護福祉の施設紹介、職場見学など希望		
当校をどちらで 知りましたか？	<input type="checkbox"/> ホームページを見て <input type="checkbox"/> 資格検索サイト <input type="checkbox"/> 知人の紹介 <input type="checkbox"/> ハローワーク <input type="checkbox"/> 情報誌・折込み・広告チラシを見て <input type="checkbox"/> その他 ()		

※□には希望もしくは該当する欄に☑をお願い致します。

※今回申込みにより知り得た個人情報、必要な目的以外にはご使用致しません。

<お申し込み方法>

1. 受講申込書に必要事項をご記入し、下記宛先まで FAX 送信もしくは郵送してください。
2. 申込書受領後、指定口座を含む関係資料をお送りします。
3. ご入金を確認できましたら、テキスト及び関係資料（添削課題を含む）をお渡しします。

株式会社アルブル 熊谷支店 アミカレッジ

〒360-0012

埼玉県熊谷市上之 719 アイエス熊谷ビル 5F

TEL: 048-501-2626 FAX: 048-501-2627

E-mail: info@amicollege.co.jp

株式会社アルブル



厚生労働大臣許可番号

■特定労働者派遣事業：特 10-300582

■有料職業紹介事業：10-ユ-300160

FAX : 048-501-2627

FAX 送信方向