

＜提出書類＞  
各々で記入の上、提出下さい  
令和            年            月            日

## 介護職員初任者研修受講申込書

介護職員初任者研修の受講を申し込みます。

フリガナ				
氏名				
生年月日	昭和・平成	年	月 日 (満 歳)	男・女
住所	〒            -			
T E L				
F A X				
携 帯				
緊急連絡先			続柄	
E-mail アドレス				
勤務先				
この講座を何でお知りになりましたか	<input type="checkbox"/> 広告    アドサンアイ    ・    バイトル雑誌 <input type="checkbox"/> ハガキ <input type="checkbox"/> インターネット <input type="checkbox"/> 紹介            (            )			

### 平日夜間コース

- 受講の決定は、この「受講申込書」の提出及び、受講料納付、その他の提出書類の確認をもってなされます。
- E-mail アドレスは事務局より各種連絡またはセミナー、その他の講座の案内に使用します。同意いただける方はご記入ください。
- 講座開始日翌日を過ぎてのキャンセルにつきましては受講料を返金できません。講座開始日当日までのキャンセルにつきましてはテキスト代 (10,000 円) を差し引いての返金とさせていただきます。
- スクーリングを欠席された場合は、補講を受講して頂きます。【1 教科 2,000 円】
- 修了試験は 70 点が合格ラインです。不合格の場合は補習後、再試験となります。【1 回 2,000 円】
- 受講途中でも、講師及び事務局が、介護職員初任者研修資格取得に不適切と判断された場合は、退講処分となる場合がありますのでご了承ください。

まずは FAX でお願いします。

**FAX 0598-25-1821**

スカイネット介護職員初任者研修課程  
〒515-0055 三重県松阪市田村町 458-19  
TEL 0598-25-1820 / 樋口 090-7606-6014