

FAX 096-382-7928

FAXでお申し込みの(写真不要)場合は、上記の番号にお願いします。
(写真が貼ってある申込原本は、入校初日に必ずご提出ください)

介護職員初任者研修(通信制) 受講申込書

フリガナ											顔写真 裏面に氏名記入 縦4.5×横3.5cm (パスポート用サイズ)		
氏名	印												
生年月日	昭和 平成				年				月			日	申込時年齢(満 歳)
郵便番号					-							性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
フリガナ													
現住所													
電話番号													
携帯番号													
緊急連絡先☎ (氏名と続柄)	氏名()続柄()												
本人確認	<input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> その他()												
備考欄													

※氏名・生年月日は、修了証明書に記載しますので、正確な字、楷書ではっきりお書きください。

<p>＊振込先＊ 金融機関：郵便局 口座記号番号：01750-5-64067 加入者名：学校法人 熊本YMCA学園 通信欄：介護初任者にご記入お願いします。</p>
--

受理日	担当者(印)

学校法人熊本YMCA学園
2019年3月