

## 介護職員初任者研修受講申込書

下記のとおり、申込みをいたします。

申込研修日時 希望コースに○印 を入れてください。	<b>平日コース</b>	令和元年10月16日(水)開始	全22回
	<b>日曜コース</b>	令和元年11月24日(日)開始	全13回

申込人

ふりがな			
氏名			
年齢	歳	性別	男 ・ 女
生年月日	昭和 ・ 平成	年	月 日

連絡先

ふりがな			
住所	〒		
電話番号	固定	(    )	携帯 (    )
Email			

勤務先 (お勤めの方のみご記入ください)

勤務先名			
住所	〒		
職種			

応募動機


申込書送付先  
〒350-1174  
埼玉県川越市かすみ野1-1-5  
一般社団法人Hauskaa  
介護初任者研修担当者 宛  
TEL : 049-233-9265 FAX : 049-233-9266  
Mail : contact@hauskaa.jp

法人 記 入 欄	受 付 日	
	年 月 日	
	受付者	受講No.