株式会社グローリア２１

介護福祉士実務者研修　受講申込書

※黒ボールペンか黒インクで、楷書でご記入下さい。

FAX: 052-354-3211

お申込み日: 平成　　年　　月　　日		
入校希望コース	平成　　年　　月 開講コース	

※下記に該当する方は✔を入れて下さい。

□　愛知介護美容職業訓練校 卒業生　（平成　　年　　月生）

□　愛知介護美容研究会 会員　　（事業所名:　　担当者:　　）

氏　名	ふりがな		
生　年 月　日	昭和　・　平成　　年　　月　　日　（満　　歳）　　男　・　女		
自　宅 住　所	〒　　－ ※送付物が届かない場合もありますのでアパート等の名称等できるだけ詳しくご記入下さい。		
自　宅 TEL		携帯 TEL	
e-mail アドレス	@	携帯用 アドレス	@
勤務先 名　称	ふりがな	勤務先 への連絡	可　　不可
勤務先 住　所	〒　　－		
勤務先 TEL		勤務先 Fax	
介護職員 経験年数	サービス職種:　　勤務年数　　年　　ヶ月 サービス職種:　　勤務年数　　年　　ヶ月		
取得 資格	□介護員養成研修（　　）級課程 □初任者研修修了課程　　□その他（　　）		
車両 ナン バー	※お車でお越しになる方は必ず車両ナンバーをご記入ください。	この講座をどのようにして知りましたか？	□ホームページを見て　□チラシを見て □知人の紹介　□当校からのＤＭ等 □勤務先の紹介 □その他（　　）
お支払 方法	□全額現金払い　□分割払い（カワイアシストシステムの活用） ※詳細は担当へご確認ください。		

申込書の記載内容は、当校が行う研修事業以外の目的では使用しません。