

# 受講申込書

株式会社シニアスタイル教育研修部行 FAX:06-6424-2512

私は、下記の受講を申し込みします。

フリガナ		性別	男 ・ 女
氏名	( 歳 )	生年月日	S・H 年 月 日
住所	〒 -		
連絡先	自宅：	携帯：	
メール			
コース (☑を入れてください)	<input type="checkbox"/> 初任者研修受講(R7.2.9～) <input type="checkbox"/> 初任者研修・無料お試し体験(R7年1月12日(日)10時～11時) <input type="checkbox"/> 実務者研修 (スクーリング日程は後日相談) <input type="checkbox"/> 国家試験対策講座・模擬試験・解説講座 全セット <input type="checkbox"/> 模擬試験・解説講座 2セットのみ <input type="checkbox"/> 介護福祉士国家試験 対策講座 のみ (8月～10月) <input type="checkbox"/> 介護福祉士 全国統一模擬試験 のみ (令和7年11月) <input type="checkbox"/> 介護福祉士 全国統一模擬試験解説講座 のみ (令和7年12月)		
職業	<input type="checkbox"/> 介護職員 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> 公務員 <input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> 学 生 <input type="checkbox"/> 求職中 <input type="checkbox"/> その他(                      )		
受講理由 ※任意	<input type="checkbox"/> 資格を取得して介護の仕事がしたい <input type="checkbox"/> 資格を取得し現職に活かしたい <input type="checkbox"/> 家族の介護に活かしたい <input type="checkbox"/> 資格を取得し将来に活かしたい <input type="checkbox"/> その他(                      )		
介護に関する職歴・経験 ※任意	あり・なし ( 年 カ月程度)      介護施設・在宅介護・家族の介護		

※本人確認を行いますので、本人と確認できるもの(免許証・パスポート・マイナンバー・健康保険証等)をご持参下さい

※ご記入いただいた個人情報については、当研修以外の目的には使用いたしません

受付No.	受付者	受付日	備考
		年 月 日	