

## 介護職員初任者研修 受講申込書

申込日 ※：2024年 月 日

介護職員初任者研修の受講を申し込み致します。

開講日 2024年 月 日 曜日  
研修期間 月 日～ 月 日



社会福祉法人 福寿会  
FukujuKai

### 【申込者情報】

ふりがな ※			
氏名 ※			男 ・ 女
生年月日 ※	西暦	年 月 日	(満 歳)
住所 ※	〒	-	
電話番号			
携帯電話 ※			
緊急連絡先			続柄 ( )
メールアドレス			
勤務先	※任意でご記入下さい。		

※記入必須項目

### 【申込に必要なもの】

- 受講申込書（本用紙）  
 本人確認ができる書類（運転免許証、パスポート、マイナンバーカード、住民票等）  
 受講料 ¥ 円（テキスト代・消費税込み）  現金  振込

※上記の「申込に必要なもの」の確認をもって、受講の決定といたします。ご了承下さい。

### 【注意事項】

- 受講者からのキャンセルは、開講7日前までは全額返金（返金手数料差し引き）します。
- 研修開始後に受講を途中でやめられても受講料の返金は一切いたしません。
- 別紙「個人情報保護に関する誓約書」を読み、同意して頂く必要があります。
- 修了評価試験は100点満点中70点以上が合格ラインです。不合格の場合は再試験となります。
- 受講途中で各講師が介護職員初任者研修資格取得に不適切と判断した場合は、受講を中止して頂く場合があります。（受講料はお返しできません。）

〒631-0811 奈良県奈良市秋篠町1567  
TEL:0742-45-9588 FAX:0742-44-6567  
社会福祉法人福寿会 担当：徳田智久

※事務局記載欄

受付担当者	本人確認	受講料	完了連絡