

受講申込書

フリガナ, 性別, 名前, 国籍, 在留資格, ローマ字表記, 勤務先/学校, 住所, 連絡先, メールアドレス, 緊急連絡先, 学則, 体調について, 雇用状況, どこで知りましたか?, 保有資格, 就職希望

初任者研修, 9月水曜クラス, 外国人クラス希望, 7月クラス, 8月クラス, 9月クラス, 11月クラス, 外国人クラス, 7月クラス・9月クラス, 実務者研修, Q1. 実務経験の記入をお願いします, Q2. 介護福祉士試験を受ける予定ですか

※お申込書ご記入の上、下記までFAXをお願い致します。 FAX: 043-306-8521 到着後、折返し確認のお電話をさせていただきます。 【振込口座】 千葉銀行 実籾支店 普通口座 3521922 社会福祉法人初穂会 稲毛ペコリーノ

- ※事務所使用欄 (いづれか1点) ①運転免許証の写し ②健康保険証 ③パスポートの写し ④マイナンバーカード ⑤在留カード 確認者

【個人情報のお取扱について】 個人情報取得の際は、利用目的を特定し、その目的の達成に必要な限度内で取得します。また、個人情報を利用する際は、あらかじめお客様に明示、通知もしくは公表した利用目的の範囲内で利用します。