

<提出用>

各々で記入の上、提出下さい  
平成 年 月 日

## 介護職員初任者研修受講申込書

介護職員初任者研修の受講を申し込みます。

フリガナ		
氏名		
生年月日	昭和 ・ 平成 年 月 日(満 歳)	男 ・ 女
住所	〒 -	
連絡先	TEL ( ) 携帯 ( )	
緊急連絡先	( )	続柄 ( )
E-mail アドレス		
勤務先		

\_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日講座開始

・受講の決定は、この「受講申込書」・「受講理由のレポート(字数自由)」の提出及び、受講料納付の確認をもってなされます。

・E-mail アドレスは同意いただける方はご記入ください。

・講座開始日の9日前(開始日含まず)を過ぎてのキャンセルにつきましては、受講料を返金できません。

それ以前のキャンセルにつきましては、必要経費(1万円)を差し引いての返金とさせていただきます。

・スクーリングを途中で欠席された場合は、他コースの同じ授業を補習してください。

2日間までは無料、3日目より1時間千円となります。

・通信課程につきましては、70点が合格ラインです。不合格の場合は、再度提出して頂きます。

・科目試験、修了試験とも70点が合格ラインです。不合格の場合は補習後、再試験となります。

(補習、再試験とも有料1時間千円)

・受講途中で各講師が介護職員初任者研修取得に不適切と判断された場合は退学処分となる場合がありますのでご了承ください。

(福)正和会 介護職員初任者研修講座事務局  
〒319-0022 茨城県日立市久慈町4丁目19番21号  
TEL(0294)33-7185/FAX(0294)53-9222