

黒潮町長 大西 勝也 様

令和2年度 黒潮町介護職員初任者研修 受講申込書

令和2年度に黒潮町が実施する黒潮町介護職員初任者研修事業を受講したいので、受講料を添えて下記のとおり申込みいたします。

なお、黒潮町介護職員初任者研修募集要項は理解し、受講決定後の受講料の返還は求めません。

記

受講研修内容等

受講者	住所		
	ふりがな 氏名	印	
	生年月日		性別
	電話番号		男・女
	緊急連絡先		
	現在の職業	介護職員である ・ 介護職員ではない	
資格等	※現在持っている資格等あれば可能な範囲で記載してください。		
受講料	円		
受講期間	令和2年9月3日（木）～11月28日（土）		

【同意事項】

- テキスト代 5,460円（税込）は、受講初日に事業者を支払います。
- 原則欠席禁止ですが、補講が必要となった場合は、補講代金（1,000円/時間）の負担をします。

※同意事項1, 2について同意します。署名： _____