

令和 7 年度 介護職員初任者研修 受講申込書

(公財) 介護労働安定センター愛媛支部長 殿
標記講習の受講を申込みします。

※受付番号 _____
※の欄は、記入しないこと。

支部名	愛媛支部	受講番号	※	受 付 印
フリガナ				※
氏 名 (自署)				
生年月日	昭和 平成	年 月 日	性別	男 ・ 女
住 所	〒			
連絡先 (必須)	電話番号			
	E-mail			
勤務先	事業所名			
	住所	〒		
	電話番号			
	E-mail			
費用 どちらかに ○を記入		【一 般】 120,560 円(税込)	【内訳】 受 講 料 114,400 円 テキスト代 6,160 円	
		【賛助会員】 119,944 円(税込)	【内訳】 受 講 料 114,400 円 テキスト代 5,544 円	
受講決定通知等送信先		※どちらかに○をつけてください。 本 人 ・ 勤務先		

◆記入いただいた氏名、住所等の個人情報は、本研修を円滑に実施するためのほか当センターの事業案内や資料提供のために使用させていただくことがあります。

◆記入いただいた個人情報は、当センターのプライバシーポリシーに基づき厳重に管理し、上記目的以外で使用いたしません。個人情報についてご不明な点がございましたら、支部（所）担当者までご連絡ください。

【個人情報に関するお問合せ先】 公益財団法人介護労働安定センター 愛媛支部
(担当者) 藤井・山藤 (TEL) 089-921-1461