受付	No.

介護職員初任者研修課程　受講申請書兼誓約書

フリガナ 氏　　名		生年月日	昭和 平成　　年　　月　　日
就労希望	有　・　無　・　未定	性　　別	男　・　女
住　　所	〒 TEL　　－　　－ 携帯　　－　　－		
最終職歴	（　　）　年　月～　年　月		
所持資格	有（　　）・無		
介護関係の実務経験	有（　　）ヶ月　・　無		
応募の理由、動機等を記入してください。			

誓約書

私は規則を守り、勉励することを誓います。本分に違背した場合は、いかなる処分に対しても異議申し立てしないことを誓います。

平成　　年　　月　　日

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

※記入いただいた住所・氏名等の個人情報は、講習業務を適正且つ円滑に遂行するために利用し、それ以外の目的では利用しません。

受講料 （該当するものに○をしてください）	29,800 円 （有田川町在住の方）	・ 59,800 円 （有田郡市在住の方）	・ 69,800 円 （左記以外の方）