

社会福祉法人 桜花会  
サクラッコ 介護職員初任者研修  
受講申込書

2024年4月コース

私は、上記講座の受講を申し込みます

記入日 年 月 日

フリガナ	
氏名	
生年月日 <small>西暦・和暦両方ご記入ください</small>	西暦 年(昭和 年・平成 年) 月 日
住所	〒 ー
連絡先 <small>(※自宅か携帯を必ず ご記入ください)</small>	自宅電話 ※
	携 帯 ※
	F A X
	メールアドレス
本講座は何でお知りになりましたか	
<input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> チラシ <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> サクラッコ関係者 <input type="checkbox"/> その他( )	

【特定一般教育訓練給付制度をご利用の方は、お早めにハローワークへお問合せください】

※お子様と通学希望、託児サービス等をご希望の方は、ご記入ください。  
(具体的な人数、時間、託児希望日、時間等/場合によってはご対応できない場合があることをご了承ください)

※個人情報の取り扱いについて

記載された個人情報に関しては、次の事項に使用させていただきます。

- ・教材の発送、学習に関する連絡、学習資料の送付
- ・受講者の登録及び管理
- ・本法人が実施する福祉事業、研修事業のご案内
- ・個人を特定されない形での統計的資料の作成

FAX 072-415-2686

mail

oukakai@sakura.zaq.jp