**クローバー・メディカル・ケア・アカデミー　初任者研修養成講座申込書**

申込日　　　令和　　年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| **会　　　場** | 鶴ヶ島校 |
| **介護スクーリング開始日** | 月コース　　　　月　　　　日　　　曜日 |

|  |
| --- |
| **お申込み者氏名・連絡先等　　※各項目とも必須** |
| **フリガナ****氏　　名** |  | **生年月日** | 　　　年　　　月　　　日生 |
| 印 | **性　別** | 男・女 | **年　齢** | 　　　歳 |
| **住　所** | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　（マンション名等もご記入ください） |
| **電話番号** |  | **携帯電話** |  |
| **メール****アドレス** | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　@ |
| **職　業** | 1.主婦　2.大学生/専門学校生　3.高校生　4.就活中　5.その他（　　　　　　　　　　　） |

**お申込み者が未成年者の場合は保護者を記入**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **氏　　名** | 印 | **生年月日** | Ｓ・Ｈ　　年　　月　　日生 |
| **続　柄** |  |
| **住所（異なる場合のみ）** | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（マンション名等もご記入ください） |
| **電話番号** |  |
| **お申し込み先・お問い合わせ先** |
| **クローバー・メディカル・ケア・アカデミー****〒３５０－０８０９　埼玉県川越市大字鯨井新田１－７　明和ビル３F****TEL:０４９－２９８－７９２１　FAX:０４９－２９８－７９２０**※Fax送信後、記載したメールアドレスと同じアドレスで、info@clovercafe.net宛、名前のみ送信してください |
| **事務局使用欄** | 担　当 | 検　印 |
| **受付日** |  | **入　力** |  |  |  |
| **受講料** |  |  |  |