**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](mailto: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** |  |  |  | | |