

# 初任者研修申込書 ( F A X ・ 郵送用 )

教育給付金制度適用 (条件有)

住 所	〒 -		
生年月日	昭和 平成 年 月 日 ( 歳 )		男・女
フリガナ			
氏 名	姓	名	
連絡先	(自宅)		お支払い方法 一括又は分割 3 回まで ( 回 )
	(携帯)		
	(メールアドレス)		
希望教室	第 1 希望 教室 ( ) クラス 月 日	第 2 希望 教室 ( ) クラス 月 日	
該当する箇所に○をつけてください	教育給付金制度 ( 有・無 ) 支給要件あり		
	<p>※ <u>雇用保険加入者 (支給要件期間が3年以上の者)</u>  <u>ただし、初回に限り、1年以上の者。又は一般被保険者資格喪失から1年以内)に</u> 該  <u>当し、講座修了後、受講者本人が教育訓練施設に支払った費用の20%に相当する額が</u>  <u>ハローワークから支給されます。</u></p>		
※ 現在の職業 記入をお願いします。	現在の職業 (勤務先) 住所 電話番号		
	(勤務先) 会社名又は介護施設名		

(申込時：本人確認の為の身分証明書の写し 運転免許証又は住民票が必要となります)

☎ 029-873-0908

お申込み・お問合せ

☎ FAX 029-873-0958

(株)チャンス 介護資格講座チャンス

〒300-1234 茨城県牛久市中央 4-10-12