

初任者研修申込書（F A X ・ 郵送用）

教育給付金制度適用

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○をつけてください	教育給付金制度 (有・無) 支給要件あり		
	※ 雇用保険加入者（支給要件期間が3年以上の者） 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）が該当 修了した場合、受講者本人が教育訓練施設に支払った費用の20%に相当する額がハローワークから支給されます。		
講座受講理由を ご記入お願いします。			
※ 現在の職業 記入お願いします。	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