

# 初任者研修講座受講申込書

学則と（別紙）感染症予防対策についての内容を確認し同意のうえ申し込みます

年 月 日現在

フリガナ			
氏名			
生年月日	昭和 平成	年 月 日	(満 歳) 男・女
住所	〒( - )		
連絡先	携帯		メール

## 最終学歴

年 月	
-----	--

## 職歴（現在のものからご記入ください）

現在	
年 月～	
年 月	
年 月～	
年 月	
年 月～	
年 月	
年 月～	
年 月	
年 月～	

## 受講コース（受講コースにチェックをしてください。）

<input type="checkbox"/> Aコース 0円 ※費用貸付利用希望者	<input type="checkbox"/> Bコース 45,000円 ※Aコース以外の全ての方		
---	--	--	--

## 健康状態

--

## 通信機器所持状況確認（演習の一部をオンライン会議にて行います）※光回線・Wi-Fi環境推奨、パソコン推奨

通信環境	<input type="checkbox"/> いずれも無し	<input type="checkbox"/> モバイル回線	<input type="checkbox"/> 光回線	<input type="checkbox"/> Wi-Fi環境
端末環境	<input type="checkbox"/> いずれも無し	<input type="checkbox"/> スマホ	<input type="checkbox"/> タブレット	<input type="checkbox"/> パソコン

## 受講の動機

--

保護者（本人が未成年者の場合のみ記入）	フリガナ	TEL
氏名	住所〒( - )	
<input type="checkbox"/>		

受理日 年 月 日  
医療法人社団慶勝会