

介護職員初任者研修 受講申込書

年 月 日申込

フリガナ			性別	生年月日 (年齢)	昭和 平成	年	月	日
氏名	印	男・女 ・回答しない						
住所	(〒 -)							
自宅電話	()		携帯電話	()				
メールアドレス								
ご職業	1. 主婦 2. 学生 3. アルバイト・パート 4. 介護職 5. 会社員 6. 自営業 7. その他 ()			勤務先				
介護職 実務経験	経験あり (経験年数 年 ヶ月)					経験なし		
	訪問介護 ・ デイサービス ・ 老人ホーム ・ 障害者施設 ・ その他 ()							

受講コース選択 (ご希望のコースにチェックを入れてください)

コース	<input type="checkbox"/>	介護職員初任者研修 【高岳】	週1	4ヶ月コース()月	開講	55,000円→46,800円
	<input type="checkbox"/>	介護職員初任者研修 【山梨】	週1	4ヶ月コース()月	開講	55,000円
セット	<input type="checkbox"/>	≪お得なセット≫ 初任者研修+実務者研修セット <名古屋校のみ>		※ご希望の初任者研修コースを 上記より選択してください。		134,800円→99,600円

受講料 ご請求先	1 受講者ご本人様	2 法人様	電話番号:	ご担当者様:
	※2を選択した場合はご請求先をご記入ください		会社名	ご住所 〒

お支払回数	<input type="checkbox"/> 一括払い	<input type="checkbox"/> 分割払い(2回)	<input type="checkbox"/> 分割払い(3回)	<input type="checkbox"/> 分割払い(4回)
-------	-------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------

当スクールを お知りになっ たきっかけ	<input type="checkbox"/> ホームページ	<input type="checkbox"/> ケイコとマナブ	<input type="checkbox"/> グースクール	<input type="checkbox"/> シカトル	<input type="checkbox"/> CM
	<input type="checkbox"/> ケア資格ナビ	<input type="checkbox"/> BrushUP	<input type="checkbox"/> リビング新聞	<input type="checkbox"/> 大型ビジョン (通りがかり)	
	<input type="checkbox"/> 修了生のご紹介 (修了生お名前)			<input type="checkbox"/> その他 ()	

申込書受け付け後

- ※ 申込書を受付後、受講までのご案内を送付させていただきますので、内容に従って手続きを行ってください。
- ※ 受講料をお支払い後、教材一式を送付いたします。送付物を確認し自宅学習を開始してください。

介護職員初任者研修 お申込み

FAX送信先:052-950-6447

お問い合わせ電話番号:052-961-9955 (受付時間月曜~金曜9時~18時)

※当スクール記入欄

受付	案内送付	支払期日	入金確認	教材発送