

お申込みはFAXまたは郵送にてお願いします

介護福祉士実務者研修 受講申込書

平成 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					
住所	(〒 -)						
自宅電話	()		携帯電話	()			
メールアドレス							
ご職業	1. 介護職員(パート・アルバイト含む) 2. 介護職以外の正社員 3. 介護職以外のパート・アルバイト 4. 自営業 5. 学生 6. 無職 7. その他()						
勤務先		介護 実務経験	1. 経験あり(年 ヶ月) 2. 未経験				

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"/> 実務者研修 月曜コース (/) 開講	下記より保有資格を選択して○をつけてください。 1. 介護職員基礎研修 2. ホームヘルパー1級 3. ホームヘルパー2級 4. 介護職員初任者研修 5. 喀痰吸引等研修(3号研修除く) 6. その他() 7. 無資格
	<input type="checkbox"/> 実務者研修 火曜コース (/) 開講	
	<input type="checkbox"/> 実務者研修 木曜コース (/) 開講	
	<input type="checkbox"/> 初任者研修 + 実務者研修	
	※初任者研修のご希望コースをご記入ください () 月開講 (短期 ・ 週1) コース	

修了生 割引	フロンティア介護スクールの修了生の方はチェックしてください。 <input type="checkbox"/> ホームヘルパー2級 <input type="checkbox"/> 初任者研修 <input type="checkbox"/> 介護職員基礎研修
-----------	---

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

受講料 請求先	1. 受講者ご本人様 2. 法人様 ※2を選択した場合はご請求先をご記入ください。 会社名 住所 〒
------------	--

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"/> リビング新聞 <input type="checkbox"/> 大型ビジョン(通りがかり) <input type="checkbox"/> CM <input type="checkbox"/> 修了生のご紹介(修了生お名前) <input type="checkbox"/> その他()
---------------------------	---

※保有資格のある方は修了証明書を添付してお申し込みください。

※受講申込後、「受講決定通知書」が送られてきましたら受講料のお振込をお願いします。

介護福祉士実務者研修 お申込み

FAX送信先:052-961-9901

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)
株式会社フロンティア フロンティア介護スクール事務局 担当:おがわ

※当スクール記入欄

受付	案内送付	支払期日	入金確認	備考欄