

鳥取介護サービス専門養成 介護職員初任者研修 受講申込書

(株)鳥取介護サービス

〒680-0921 鳥取市古海707-1

教育事業部 (この用紙をFAXまたは郵送してください。)

FAX 0857-30-1697 行

申込日	平成 年 月 日	月コース
フリガナ		
申込者氏名	⑩	
	介護職員初任者研修受講を申し込みます。	
生年月日	S・H 年 月 日(満 才)	男・女
フリガナ		
申込者住所	〒 -	
連絡先	ご自宅 - - 携帯 - - FAX - - 勤務先 - -	
メールアドレス	@	
ご職業	1 会社員(勤務先): 3 パートアルバイト 5 主婦 2 無職 4 学生 6 その他()	
保護者名	18歳未満の方は、保護者のご署名と捺印をお願いします。住所 〒 - 氏名 ⑩ (続柄)	
受講料お支払い方法	<input type="checkbox"/> にレ チェックしてくださいまた支払い方法の詳細については同封の「受講料支払い方法」をご確認ください 本講座を申込後に中止される場合、お支払頂いた受講料に関してはお返しすることができません。ご了承ください。 受講料¥84,000円+テキスト代¥6,000円+消費税¥7,200=合計¥97,200円 <input type="checkbox"/> 銀行振込み一括払い 月 日 振込み予定 <input type="checkbox"/> 銀行振込み分割2回払い 月 日 振込み予定 <input type="checkbox"/> 銀行振込み分割3回払い 月 日 振込み予定	
割引制度	<input type="checkbox"/> にレ チェックしてください また詳細については同封の「割引制度について」をご確認ください <input type="checkbox"/> 学生割引 <input type="checkbox"/> ペア割引 (相手方氏名:) <input type="checkbox"/> 割引無	
免除対象資格	下記の既得資格があるので科目免除を希望します。 <input type="checkbox"/> にレ チェックをしてください <input type="checkbox"/> 特別養老老人ホーム等の介護職員として1年以上実務経験を有する者 (施設名) <input type="checkbox"/> 無	
受講の動機	<input type="checkbox"/> にレ チェックしてください 複数チェック可 <input type="checkbox"/> ヘルパーとして就職希望 <input type="checkbox"/> 教養の為 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 福祉職全般の就職希望 <input type="checkbox"/> 家族に介護を必要としている方がいる 資格修得の動機をお聞かせください	
紹介者	紹介者の有無 <input type="checkbox"/> 有 (紹介者名) <input type="checkbox"/> 無	
その他	● 個人情報の取り扱いについては、弊社からの講座のご案内。お客様との連絡に使用致します。 ● 受講中などの怪我や交通の事故等に関しては、一切責任を負いかねますのでご了承ください。 ● 募集者が少ない場合は研修を中止する場合があります 予めご了承ください。 ● 必ず自署で記入してください。 ※ご不明な点は、お気軽に連絡ください。TEL0857-30-1696	

