

介護福祉士実務者研修 受講申込書

下記のとおり、介護福祉士実務者研修の受講を申し込みます。

申込日	平成 年 月 日
ご希望コース	<input type="checkbox"/> 介護福祉士実務者研修 2017年（9月生）3か月コース 期間：2017年9月10日～12月17日
ふりがな	
氏名	Ⓜ
生年月日 性別	昭和・平成 年 月 日生（ 歳） 男・女
自宅住所	〒 -
連絡先	TEL. - - 携帯電話 - -
保有資格	
修了見込書	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要（平成29年度の介護福祉士国家試験受験予定の方）

[お申込み方法]

受講申込書と保有資格の証明コピーを下記のいずれかの方法で送付お願いいたします。

- 当社まで持参
- 郵送 〒919-2224 福井県大飯郡高浜町菌部49-3 有限会社 グっとサポート
- F A X 0770-72-4750

[お申込みの注意点]

- 申込書受付後、担当者より受付確認と受講料額についてお電話をいたします。
- 催行最低人数に達し次第、又は各コース募集締切日に開講するかどうかの判断後、受講決定通知書を受講者宛に送付いたします。
- 人数により開講しない場合もございますので、ご了承ください。
- 受講の決定は受講料納付の確認を持ってなされます。
- 妊娠中の方はご受講できません。
- 定員制のため、ご希望者多数の場合、次回開講までお待ちいただく場合がございます。

お問い合わせ先

〒919-2224
福井県大飯郡高浜町菌部49-3
有限会社 グっとサポート
TEL. 0770-72-4747 FAX. 0770-72-4750