

介護職員初任者研修 受講申込書

下記のとおり、介護職員初任者研修の受講を申し込みます。

申込日	平成 年 月 日
コース名	<input type="checkbox"/> 介護職員初任者研修 2017年10月生（週1回）日曜日コース <input type="checkbox"/> 介護職員初任者研修 2017年10月生（週3回）平日コース
割引制度	<input type="checkbox"/> 交通費割引 会場からご自宅が15km以上離れた方 <input type="checkbox"/> 介護/福祉施設勤務中割引 <input type="checkbox"/> 学生割引
ふりがな	
氏名	印
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 - -

[お申込み方法]

受講申込みは、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
- FAX 0770-72-4750
- ウェブ <http://sikaku.rash.jp/>

[お申込みの注意点]

- 申込書受付後、担当者より受付確認の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