

平成29年度 介護福祉士実務者研修10月生 申込書

＜お申込み方法＞

本申込用紙に必要事項を記入し、FAXまたは郵送にて本校へご提出ください。お申込みいただいた方には開講日の2～3週間前に受講料納入方法及び必要書類一式を送付させていただきます。（受付確認の連絡はしていません。）

FAX送信先	06-6321-0861	郵送先 & 問合せ先	〒533-0015 大阪市東淀川区大隅1-1-25 日本メディカル福祉専門学校 実務者研修講座 係
--------	--------------	------------	--

申込日	平成 年 月 日	申込受付締切	9月22日必着
-----	----------	--------	---------

フリガナ				性別	男 ・ 女
氏名					
生年月日	昭和・平成 年(19 年) 月 日	年齢	歳		
住所	〒 -				
電話	() -	携帯電話	() -		
FAX	() -				
保有資格	<input type="checkbox"/> 初任者研修修了 <input type="checkbox"/> ヘルパー2級取得 <input type="checkbox"/> ヘルパー1級取得 <input type="checkbox"/> 基礎研修修了				
本校修了生	科 平成 年 卒業・修了・在校				
希望コース	<input type="checkbox"/> 基本コース(無資格の方) <input type="checkbox"/> 介護職員初任者研修修了者コース <input type="checkbox"/> ヘルパー2級修了者コース <input type="checkbox"/> ヘルパー1級修了者コース <input type="checkbox"/> 基礎研修修了者コース				

各種割引制度 ※いずれか1つ	<input type="checkbox"/> 利用する <input type="checkbox"/> 利用しない
	<input type="checkbox"/> 勤務先施設紹介 ※勤務先施設が記入
	施設名: 所在地: 連絡先:
	<input type="checkbox"/> 本校修了生・卒業・在校生紹介
	紹介者氏名: 所属科:
<input type="checkbox"/> 2名同時申込	同時申込者氏名:
<input type="checkbox"/> 本校卒業生・修了生・在校生	

教育訓練給付金制度	<input type="checkbox"/> 利用する <input type="checkbox"/> 利用しない
-----------	--

当講座をどこでお知りになりましたか	<input type="checkbox"/> 本校パンフレット <input type="checkbox"/> 掲示板 <input type="checkbox"/> 知人の紹介 <input type="checkbox"/> 新聞 <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> 本校ホームページ <input type="checkbox"/> 講師の紹介 <input type="checkbox"/> インターネット(検索サイト:) <input type="checkbox"/> その他()
-------------------	--

個人情報については、本契約の履行・当校からの各種講座案内等に利用させていただきます。個人情報を記載者の同意なしに当校関係者以外に開示・提供することはありません。（法令により開示を求められた場合を除く）

キ
リ
ト
リ

キ
リ
ト
リ

