

平成30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約2週間前～受講料納入方法(銀行振込)及び必要書類一式を送付させていただきます。※受付確認のご連絡はいたしません。

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25日(火)必着
-----	----------	--------	------------

フリガナ 氏名				性別	男 ・ 女
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				

切り取り

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 <small>※勤務先施設が記入</small>
	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)