2019年介護福祉士実務者研修7月生　申込書

・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3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。
・お申込み内容に関して学校より確認のご連絡を入れる場合がありますのでご了承ください。
・何かご不明な点等ございましたら、ご連絡をください。06-6325-2658直通

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	20　　年　　月　　日	申込受付締切	6月20日（木）必着

フリガナ		性別	男　・　女
氏名			
生年月日	昭和・平成　　年（　　年）　　月　　日	年齢	歳
住所	〒　　－		
電話	（　　）　　－	携帯電話	（　　）　　－
FAX	（　　）　　－		
保有資格	☐無資格 ☐初任者研修修了　☐ヘルパー2級取得　☐ヘルパー1級取得　☐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	☐ 土曜コース　　☐ 日曜コース		

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

教育訓練給付金制度	☐利用する　　☐利用しない

当講座をどこで お知りになりましたか	☐本校パンフレット　☐掲示板　☐知人の紹介　☐新聞 ☐DM　☐本校ホームページ　☐講師の紹介 ☐インターネット（検索サイト：　　）☐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）

専修学校・学校法人・瓶井学園・厚生労働省指定
大阪 日本メディカル福祉専門学校