



医療法人 新生会

お申込日/方法

年 月 日

/ HP・電話・FAX・来訪

介護福祉士 実務者研修 講座申込書

ふりがな		性別	男	生年月日	昭和	年 月 日
お名前			女		平成	
ご住所	〒 ー (マンション、アパート名も記載お願い致します)					
電話番号	()	FAX番号	()			
携帯電話	()	メールアドレス				
保有資格	無資格 ・ 初任者研修 ・ ヘルパー2級 ・ ヘルパー1級 ・ 介護職員基礎研修 その他 () ※保有資格により在籍期間、通信課題が異なります。					
お支払い方法	<input type="checkbox"/> お振込み：お支払い口座 → <input type="checkbox"/> 本人名義 / <input type="checkbox"/> お勤め先の口座 () <input type="checkbox"/> 現金 (ご持参) ※日時についてご連絡ください。 ※分割払いについてはご相談ください。					
保護者署名※			印	※18歳未満の方は必ず保護者の署名、捺印をお願い致します。		
本講座をお知りになった媒体	<input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> Facebook <input type="checkbox"/> パンフレット <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> 広告 (チラシ) <input type="checkbox"/> 知人の紹介 <input type="checkbox"/> その他 ()					
教育訓練給付制度	※現在準備中					
備考	質問、ご要望、 現在のお勤め先等 ございましたらご記入ください。					

【個人情報について】

★講座をお申し込みされた方の住所、氏名、電話番号、e-mailアドレスなど、個人を識別できるような個人情報は、次の目的でご提供いただいております。弊社の個人情報保護規定に従い厳重に管理し、他の目的では使用致しません。

- ・講座運営のため
- ・受講中、または受講後の就職に関する情報提供
- ・受講講座運営、カリキュラム等のアンケート調査のため
- ・その他の講座等の案内、資料送付のため

【お問い合わせ】

医療法人 新生会



☎ 0827-30-0710 実務者研修担当

FAX 24時間受付 0827-30-0702