

①太線枠内の必要事項を記入→②本人確認書類を添付→③郵送又はFAXにてお申込ください

介護福祉士 実務者研修 申込書

申込日	年 月 日 _____月開講コースの受講を申し込みます						証明写真は貼らずに 通学初日に1枚 ご持参下さい。	
フリガナ								
氏名	※本人確認書類と同じ名前・字体							
生年月日	昭和・平成	年	月	日	性別	男・女	年齢	歳
フリガナ								
現住所	〒							
連絡先	携帯TEL	-	-	自宅TEL	()			
	メールアドレス ※必須	@						
職業	勤務先名				実務経験 ※必須	年 月		
分割支払	<input type="checkbox"/> 受講料分割払い希望 (<input type="checkbox"/> 3回払い <input type="checkbox"/> 2回払い) ※分割手数料はかかりません。1回の支払い金額は2万円以上です。							

【資格証のコピーを添付してください】保有資格

<input type="checkbox"/>	介護職員初任者研修	<input type="checkbox"/>	ヘルパー1級	<input type="checkbox"/>	ヘルパー2級
<input type="checkbox"/>	介護職員基礎研修	<input type="checkbox"/>	喀痰吸引等研修(1号・2号)	※3号研修修了者は免除対象外	
<input type="checkbox"/>	無資格・ヘルパー3級	※本人確認書類を添付(資格証不要)			

【法人】請求書払いの場合はご記入ください

法人名 (施設名)				ご担当者様	
住所 (請求書送付先)	〒				
	TEL	()		FAX	

◆お申込前にご確認ください◆

当校の通信学習はWeb学習(eラーニング)を導入しているため以下をお持ちの方が受講対象となります。
Web環境のご用意が難しい場合はお申込みいただけません。

【パソコン・スマートフォン・タブレット】のいずれか

申込先	郵送	〒379-2132 群馬県前橋市東善町108-10 福祉サービス研究所 研修担当宛	
	FAX	027-289-9898	【お急ぎの方】FAXでのお申込みは24時間受付中!

問合先: 027-289-4774 (平日9時~17時30分) お電話は転送になる場合がございますが、そのまま切らずにお待ちください。

※お申込み後、7営業日以内に当社からの通知がない場合、お手数ですが研修センターへご連絡下さい。

※申込書は受講を決定するものではありません。郵送申込みの方は控えをとり「受講決定通知書」が届くまで保管して下さい。