

ケア・コミュニケーション講座受講申込書

* 私は、下記線以下の解約の取り扱い及び個人情報使用目的に同意の上、下記講座を申し込みします。

平成 年 月 日

ふりがな		生年月日	年齢
氏名	氏 名	昭和・平成 年 月 日生	歳
住所	〒 —	性別	男・女
連絡先	自宅TEL () —	携帯TEL () —	

お申し込み講座名	お申込教室	お申込み教室
ケア・コミュニケーション講座	仙台一番町教室	__月生
ケア・コミュニケーション検定受験希望の有無	有・無	

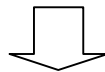
(該当の□を黒くぬりつぶして下さい。□→■)

お支払い方法	<input type="checkbox"/> 一括 (振り込み手数料はお客様負担となります)	<input type="checkbox"/> 学費ローン希望
--------	---	----------------------------------

■ 受講申込書は郵送もしくはFAXでお願い致します。 ■

◎郵送の場合は同封の封筒をご利用の上、本申込書を郵送して下さい。

◎FAXの場合はFAX022-341-6135まで本申込書を送信して下さい。



◎当校より受講確認書及び受講料振込みのご案内をお送りします。
尚、使用するテキストは初回授業時にお渡しいたします。

【解約の取り扱いについて】

* 開講日以降の自己都合による解約についてはお取り扱い出来かねますのでご了承下さい。

【個人情報の取り扱いについて】

* お客様にご登録いただいた情報は下記目的のために利用させていただき、記載した目的以外に利用することはありません。

① 当校からの上記講座以外のご案内・資料送付の為 ② 受講申込み後の受講手続きの利用 ③ お客様との連絡

お申込み先

EDC医療福祉学院

〒980-0811 仙台市青葉区一番町2-3-20 第3日本オフィスビル7F

電話:022-716-2125 FAX:022-341-6135