

受講申込書(一般受講)

* 私は、下記解約の取り扱い及び個人情報使用目的に同意の上、下記研修を申込みします。

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				
	()		()				

* 希望講座の口を黒くぬりつぶしていただき口→■、お申込み教室及と月生をご記入ください

お申込みコース		お申込教室・クラス	
介護職員初任者研修(単独・セット)	<input type="checkbox"/> 介護職員初任者研修	介護職員初任者研修	
	<input type="checkbox"/> 介護職員初任者研修 + 同行援護従業者養成研修(一般課程・応用課程)	教室	月生
	<input type="checkbox"/> 介護職員初任者研修 + 全身性障害者移動介護従業者	教室	月生
	<input type="checkbox"/> 介護職員初任者研修 + 同行援護従業者 + 全身性障害者移動介護従業者	その他の研修	
	<input type="checkbox"/> 介護職員初任者研修 + 行動援護従業者養成研修	教室	月生
	<input type="checkbox"/> 介護職員初任者研修 + 介護事務マスター講座	教室	月生
	<input type="checkbox"/> 介護職員初任者研修 + 介護事務マスター講座 + 介護事務コンピュータ講座		
ステップアップ講座(単独)	<input type="checkbox"/> 同行援護従業者養成研修(一般課程・応用課程)	教室	月生
	<input type="checkbox"/> 全身性障害者移動介護従業者	教室	月生
	<input type="checkbox"/> 行動援護従業者養成研修	教室	月生
	<input type="checkbox"/> 福祉用具専門相談員指定講習	教室	月生
	<input type="checkbox"/> 介護事務マスター講座	教室	月生
	<input type="checkbox"/> 介護事務マスター講座 + 介護事務コンピュータ講座	教室	月生
	<input type="checkbox"/> 介護福祉士実務者研修(2級・初任者・1級・基礎研修・無資格者) * ○で囲む	教室	月生
お支払い方法	<input type="checkbox"/> 一括 <input type="checkbox"/> 分割	<input type="checkbox"/> グループ割引(他申込者名:)	
	<input type="checkbox"/> 学費ローン(別途クレジット契約必要)	<input type="checkbox"/> 紹介割引(紹介者名・講座名)	
	<input type="checkbox"/> 教育訓練給付制度利用 <input type="checkbox"/> 母子家庭自立支援給付制度利用	<input type="checkbox"/> 介護事業者割引 ご担当者名: 事業者名: TEL:	<input type="checkbox"/> 学生割引利用 (学生証添付)

* 上記のグループ割引、紹介割引、介護事業者割引、学生割引は介護職員初任者研修(セット申込含む)が対象です。但し、教育訓練給付制度等をご利用の方は通常受講料となります。

就職応援受講料キャッシュバック制度利用希望 * 対象は別紙リーフレットを参照	<input type="checkbox"/> 希望する ・ <input type="checkbox"/> 希望しない
---	--

■■ 受講申込書は別添の封筒で郵送にてお願い致します。■■

学生割引以外の方は本人確認の書類(運転免許証、健康保険証の写し)の添付をお忘れなく!

【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

EDC医療福祉学院 〒980-0021 仙台市青葉区中央3-4-12-8F

TEL: 022-716-2125 FAX: 022-341-6135