

強度行動障害支援者研修受講申込書

* 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、下記講座を申込みします。

ふりがな		平成 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 () —	
勤務先	名称	TEL () —	

お申込み講座	お申込み教室
強度行動障害支援者研修(基礎研修+実践研修)	教室 月生
強度行動障害支援者研修(基礎研修のみ)	教室 月生
強度行動障害支援者研修(実践研修のみ)	教室 月生

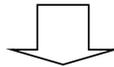
* 実践研修を受講するには基礎研修を修了していることが前提となります。(要修了証提出)

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"/> 事業者請求(請求先住所、名称)
--------	--

■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、下記住所まで申込書を郵送して下さい。

◎FAXの場合はFAX022-341-6135まで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

〒980-0021 仙台市青葉区中央3-4-12-8F

電話:022-716-2125 FAX:022-341-6135