

# 介護福祉士実務者研修受講申込書

\* 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。

平成 年 月 日

ふりがな	氏名	生年月日	年齢
氏名	昭和・平成 年 月 日生		歳
住所	〒		性別 男・女
連絡先	自宅電話番号 ( )	携帯電話番号 ( )	
勤務先名称		勤務先住所	〒
従事経験	年 月	介護福祉士受験予定	平成 年 月受験予定

お申込みクラス(○をつけて希望月生を記入ください)

仙台校	月生	石巻教室	月生	泉中央教室	月生
若柳教室	月生	白石教室	月生	盛岡校	月生
医療的ケア演習希望日	月 日 *人数により当校から調整させて頂く場合があります				

(該当の□を黒くぬりつぶして下さい。□→■)

保有資格	<input type="checkbox"/> 介護職員基礎研修修了 <input type="checkbox"/> 介護職員初任者研修修了 <input type="checkbox"/> ホームヘルパー2級修了 <input type="checkbox"/> ホームヘルパー1級修了 <input type="checkbox"/> 上記以外	*左の保有資格修了証のコピーを本申込書に添付してお申し込みください。
お支払い方法	<input type="checkbox"/> 一括 <input type="checkbox"/> 分割 <input type="checkbox"/> 学費ローン *振込手数料はお客様負担となります	<input type="checkbox"/> 教育訓練給付制度利用 *雇用保険加入歴要件あり。 <input type="checkbox"/> 母子家庭自立支援給付制度利用 *事前に福祉事務所へご相談ください。

■■受講申込書は郵送もしくはFAXにてお願い致します。■■

保有資格修了証のコピー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

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

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