

# 福祉用具専門相談員指定講習受講申込書

\* 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。

令和 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<br>男・女 |
| 連絡先  | 自宅TEL<br>( ) — |   | 携帯TEL<br>( ) — |           |

下記のお申込クラスをぎ記入ください

| お申込み講座        | お申込み教室    |
|---------------|-----------|
| 福祉用具専門相談員指定講習 | 仙台駅前教室 月生 |

\* お支払方法をご記入ください。□を塗りつぶしてください。

|        |  |  |   |
|--------|--|--|---|
| お支払い方法 | <input type="checkbox"/> ご本人支払い一括                                      | <input type="checkbox"/> ご本人支払い<br>学費ローン希望 | <input type="checkbox"/> 教育訓練給付金制度利用<br>有・無 |
|        | <input type="checkbox"/> 会社支払い<br>請求書送付先: 〒<br>会社名:<br>電話番号:<br>ご担当者名: |  |   |

## 英文修了証明書の発行

希望する ( 発行料別途 1,000円(税込) ) ・  希望しない

■ 受講申込書はFAX(022-341-6135)までお願い致します。 ■

◎ 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。

◎ 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