

受講申込書

* 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、下記研修を申し込みます。

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
				男・女
連絡先	自宅TEL		携帯TEL	
	() —		() —	

* 希望講座の□を黒くぬりつぶしていただき□→■、お申込み教室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+応用課程)	教室	月生 クラス
	<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	その他セットの研修	
	<input type="checkbox"/> 介護職員初任者研修 + 同行援護従業者(一般+応用) + 全身性障害者移動介護従業者	教室	月生 クラス
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(一般のみ・応用のみ・一般+応用) * ○で囲む * 一般課程を修了しないと応用課程は受講できません。要一般課程修了証(写)	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"/> 強度行動障害支援者養成研修(基礎のみ・実践のみ・基礎+実践) * ○で囲む * 基礎研修を修了しないと実践研修は受講できません。要基礎研修修了証(写)	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(2回もしくは3回)		
	<input type="checkbox"/> 学費ローン(別途クレジット契約必要)		
	<input type="checkbox"/> 教育訓練給付制度利用(雇用保険加入要件有り)		<input type="checkbox"/> 母子家庭自立支援給付制度利用(事前申請必要)

英文修了証明書の発行
* 発行料別途 1,000円(税込み)

希望する ・ 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。■■

【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 〒980-0022 仙台市青葉区五橋1-4-30-3F

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