

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。

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 () —	
勤務先	名称	経験年数	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】	月生
強度行動障害支援者研修【実践研修】	月生

* 基礎研修を修了しないと実践研修の受講はできません。(実践研修のみ受講希望の方は基礎研修修了証をご提出ください)

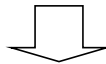
実践研修から受講する方で強度行動障害支援者養成研修[基礎研修・実践研修]テキスト(中央法規出版/3,520円)をお持ちでない方のテキストの購入希望の有無	希望する・希望しない
--	------------

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: 事業所名:
--------	--

■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

〒980-0022 仙台市青葉区五橋1-4-30-3F

電話:022-716-2125 FAX:022-341-6135