

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	教室	月生	クラス
	<input type="checkbox"/> 介護職員初任者研修 + 介護福祉士実務者研修 ★実務者研修のクラスは初任者研修が修了予定以降のクラスでお申込みください。実務者研修のカリキュラム免除対象となります。	介護職員初任者研修		
		教室	月生	クラス
		介護福祉士実務者研修		
		教室	月生	月スクーリング
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"/> 教育訓練給付制度利用(雇用保険加入要件有り)		<input type="checkbox"/> ひとり親家庭自立支援給付制度利用(事前申請必要)	
	<input type="checkbox"/> 実務者研修受講資金貸付事業利用(実務者研修をセットでお申込みの場合) 最大20万円貸付・宮城県社会福祉協議会に事前問合せ			

事業所申込

事業所名		電話番号			
事業所住所 (受講料請求先)	〒				
ご担当者		介護人材確保事業補助金等の利用	利用する	利用しない	注) 利用する場合の受講料は補助額と同等料金となります。

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もしくはFAX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