

平成 年 月 日

受講申込書

私は下記の講座の受講を申し込みます。

フリガナ			
氏名	(印)		
住所	〒 _____		
連絡先	自宅電話番号		
	自宅FAX番号		
	携帯番号		
	勤務先(事業所・施設) 電話番号 FAX番号	事業所・施設名()	
生年月日	S・H 年 月 日		
本校の修了生 ですか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
	はいと答えた方は本校で取得した資格をすべて記入して下さい。		
取得済みの資格	<input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 介護職員基礎研修 <input type="checkbox"/> ホームヘルパー1級 <input type="checkbox"/> ホームヘルパー2級 <input type="checkbox"/> 移動支援従業者養成研修(全身性) <input type="checkbox"/> 移動支援従業者養成研修(視覚) <input type="checkbox"/> 同行援護従業者養成研修 <input type="checkbox"/> その他()		
本講座は何でお知り になりましたか？	<input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> 事業所等へのFAX資料(DM) <input type="checkbox"/> 本校修了生 <input type="checkbox"/> 本校在校生 <input type="checkbox"/> その他()		
希望の 講座・コース 希望する研修に チェックを付け、 コースの日付を 記入してください。	<input type="checkbox"/> 移動支援従業者養成研修 ＜全身性障がい者課程＞ H 年 月 日コース		<input type="checkbox"/> 同行援護従業者養成研修 H 年 月 日コース

当校記入欄(下記の欄には記入しないで下さい。)

受付日	ご入金日	通知日	備考欄
/	/	/	