

同行援護従業者養成研修受講申込書

ふりがな 受講者のお名前	-----	生年月日 (しでチェックしてください)	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日
ご住所	〒 -			
TEL(携帯電話)	※日中、連絡が可能な電話番号をご記入ください。		FAX	
E-mail				
お申込コース	<input type="checkbox"/> 一般課程(従業者向け) 3日間(計20時間) <input type="checkbox"/> 応用課程(サービス提供責任者向け) 2日間(計12時間) <input type="checkbox"/> 一般課程(従業者向け) + 応用課程(サービス提供責任者向け) 計5日間(計32時間)			
実務経験の有無 (しでチェックしてください)	<input type="checkbox"/> 就業者中 (年 月) <input type="checkbox"/> 求職中			
ご勤務先 (現在就業者の方のみご記入ください)				

(法人様でお申込の場合はご記入ください)

法人 事業所名		ご担当者様	
所在地	〒 -		
TEL		FAX	

(18歳未満の方は保護者の同意(受講料の納付を含む)が必要となります)

保護者名前		印
連絡先(学校名) (日中連絡が取れる連絡先)		

お支払方法(ご請求書・領収証の宛名をお伺いいたします)

ご請求先 (しでチェックしてください)	<input type="checkbox"/> 申込者本人宛 <input type="checkbox"/> お勤め先
御請求書のお送り先 (上記記載と異なる場合にご記入ください)	〒 -
お支払い方法 (しでチェックしてください)	<input type="checkbox"/> 現金一括 <input type="checkbox"/> 銀行振込 <input type="checkbox"/> クレジットカード (VISA/MasterCard/セゾンカード) (1回・リボ払い)

お申込通信メモ欄(受講に際して、心配な点などございましたらご記入ください)

--

郵送及びFAXでのお申し込み先

かいこの学校 大館ケアワーカースクール

〒017-0042 秋田県大館市観音堂539-1 カノンII1F

TEL 0186-43-6551 FAX 0186-59-6622

E-mail school@see-smile.com