

FAX. 0186-59-6622

申込日(西暦) 年 月 日

かいごの学校 大館ケアワーカースクール 介護福祉士実務者研修(通信課程) 申込受付係 行

介護福祉士実務者研修申込書

申込書を当校にて受付後「受講手続書類」をお送りいたします。

ご紹介
キャンペーン用

ふりがな 受講者のお名前			生年月日 (レでチェックしてください)	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日
受講者のご住所	〒 -				
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					
保有資格 (消費税・テキスト代別) (レでチェックしてください)	<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"/> 介護職員初任者研修 <input type="checkbox"/> ホームヘルパー3級 <input type="checkbox"/> 無資格(経験者) <input type="checkbox"/> 無資格(未経験者) <input type="checkbox"/> 喀痰吸引等研修				
スクーリング ご希望のクラス (レでチェックしてください)	※受講料は保有資格によって異なります。別紙受講料一覧にてご確認ください。 第1希望 <input type="checkbox"/> Aクラス <input type="checkbox"/> Bクラス <input type="checkbox"/> Cクラス <input type="checkbox"/> Dクラス 第2希望 <input type="checkbox"/> Aクラス <input type="checkbox"/> Bクラス <input type="checkbox"/> Cクラス <input type="checkbox"/> Dクラス ※別紙日程表にてご希望の開講クラスをお選びください。先着順の為、ご希望に添えない場合があります。予めご了承ください。				
介護福祉士試験の受験 (レでチェックしてください)	<input type="checkbox"/> 受験する (受験予定 令和 年度) <input type="checkbox"/> 受験しない				
ご勤務先					

(ご紹介特典適用条件3) 紹介された方(受講する方)は、介護職員基礎研修課程修了者を除く、①介護職員初任者研修課程修了者、②訪問介護員1級・2級・3級課程修了者、③既研修未受講であること。

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 (レでチェックしてください)	<input type="checkbox"/> 申込者本人宛 <input checked="" type="checkbox"/> お勤め先		(ご紹介特典適用条件2) 受講にかかる費用は、紹介された方(受講する方)ご本人様をご負担されるお		
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 (レ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)				
受講料補助制度活用見込み (レでチェックしてください)	<input type="checkbox"/> 大館市介護福祉士取得支援事業 <input type="checkbox"/> 一般教育訓練給付金制度 <input type="checkbox"/> 介護福祉士修学資金等貸付事業 <input type="checkbox"/> 鹿角市若年者資格取得支援事業補助金				

(ご紹介特典適用条件2) 受講にかかる費用は、紹介された方(受講する方)ご本人様をご負担されるお

受講手続書類の送付先	<input type="checkbox"/> 受講者のご住所 <input type="checkbox"/> お勤め先				
------------	--	--	--	--	--

(受講手続書類の送付先をお勤め先にする場合にご記入ください)

法人 事業所名					
所在地	〒 -				
TEL			FAX		

(ご紹介者様がいらっしゃいましたらお教えてください)

紹介者のお名前					
---------	--	--	--	--	--

(ご紹介特典適用条件1) 当校「介護福祉士実務者研修」を修了された方からの紹介であること。

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)

本校担当者は、該当分をすべて取りまとめ、7月末までにAIPOで申請本用様式を用いて申請	弊社記入欄	
	受講手続 書類発送	

郵送及びFAXでのお申し込み先

〒017-0847 秋田県大館市幸町14番15号
 TEL 0186-43-6551 FAX 0186-59-6622
 E-mail school@see-smile.com

