

お申込みは、持参・郵送・FAXのいずれかでお願ひします。
 ※FAXの場合は、送信後必ず電話にて連絡ください。

申込締切日：令和4年5月6日(金)必着

介護職員実務者研修科 受講申込書 (通信制) 田辺17期

※太枠内に記入お願いします(必須)

申込日	令和 年 月 日		
フリガナ		性別	
氏名	Ⓜ	男 ・ 女	
生年月日	昭和 ・ 平成 年 月 日	(歳)	
住所	(〒 -)		
	TEL	携帯	
お持ちの資格に ☑して 下さい	<input type="checkbox"/>	無資格	
	<input type="checkbox"/>	ヘルパー3級	※受講申込書と一緒に お持ちの資格修了証の コピーを添付して下さい
	<input type="checkbox"/>	ヘルパー2級	※受講申込書と一緒に お持ちの資格修了証の コピーを添付して下さい
	<input type="checkbox"/>	初任者研修	※受講申込書と一緒に お持ちの資格修了証の コピーを添付して下さい
	<input type="checkbox"/>	ヘルパー1級	※受講申込書と一緒に お持ちの資格修了証の コピーを添付して下さい
	<input type="checkbox"/>	介護職員基礎研修	※受講申込書と一緒に お持ちの資格修了証の コピーを添付して下さい
該当する方に☑ して下さい	<input type="checkbox"/>	当機関の卒業生である	<input type="checkbox"/> 当機関の卒業生でない
受講希望理由			
本人確認書類	※本人確認が必要なため、下記のいずれかの書類をご用意下さい。 ・戸籍謄本、戸籍抄本若しくは住民票 ・健康保険証 ・運転免許証 ・パスポート ・年金手帳 ・国家資格等を有する免許証または登録証 ※受講申込書と一緒にコピーを添付して下さい		
受講料	当機関卒業生割引制度有。詳細はチラシ、またはホームページ、電話にてお問合せ下さい。		
納入方法	<input checked="" type="checkbox"/> 銀行振込 <input checked="" type="checkbox"/> 持参	介護職員基礎研修資格をお持ちの方以外で、分割を希望される方は、お電話にて問合せ下さい。	

写真貼付
縦4cm
横3cm
裏面に氏名記入

申込書受付後

申込書受付後、弊社より受講決定通知書を送付いたしますので、内容に従って手続きを行って下さい。
 応募者多数の場合は書類による選考となります。
 受講料のお支払いは後日ご案内します。
 キャンセルについてなどの規定は決定通知書に同封の学則を参照して下さい。
 ※お振込の際、ご本人名義以外の場合はお振込前にお電話下さいませようお願いします。

個人情報の取り扱いについて

弊社では、申込書及びその他の書類等にて提出していただきました個人情報は、受講者へのご連絡、その他研修に必要な目的以外に使用いたしません。
 詳しくは申込み受付後に送付します学則に記載してあります。

問い合わせ先

〒和歌山県田辺市新万22-18 ワーキンエバー株式会社
 TEL0739-34-8692 FAX0739-81-3714 Eメールinfo@workinever.co.jp