

介護職員初任者研修受講申込書

記入日 平成 年 月 日

私は、本研修の受講決定通知書送付後に申込者都合によるキャンセル・辞退をする場合も授業料を全額負担することに同意したうえで、以下のとおり、ジャパンホームケアスクール主催介護職員初任者研修受講を申し込みます。

フリガナ		性別	生年月日	昭和・平成
氏名		男・女	年齢	年 月 日 (歳)
自宅住所	〒 -			
連絡先	(電話)	-	-	
	(携帯)	-	-	
メールアドレス	(PC)			
	(モバイル)			
希望コース	月平日コース			
職業	該当するところに☑を記入してください。 <input type="checkbox"/> 主婦 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> アルバイト・パート <input type="checkbox"/> 福祉施設職員 <input type="checkbox"/> ホームヘルパー <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> 公務員 <input type="checkbox"/> 求職中 <input type="checkbox"/> その他()			
職場住所	〒 -			
職場連絡先	(電話)	-	-	
ご希望の受講決定通知案内手段に☑を記入してください。				
<input type="checkbox"/> 自宅へ郵送 <input type="checkbox"/> 自宅へFAX (FAX番号: - -) <input type="checkbox"/> 勤務先へ郵送 <input type="checkbox"/> 勤務先へFAX (FAX番号: - -)				
受講料についての記載 該当箇所に☑を記入し、最後に金額をご記入ください。				
定価	105,400円			
キャンペーン値引	-50,200円 <input type="checkbox"/>			
関連事業所割引	-5,000円 <input type="checkbox"/>			
グループ割引(同時申込者氏名)	-5,000円 <input type="checkbox"/>			
WEB割引	-3,000円 <input type="checkbox"/>			
教科書を事前に自身で購入する (中央法規出版・介護職員初任者研修テキスト 定価5000円)	-5,400円 <input type="checkbox"/>			
	合計	円		

} ※

※どちらか1つの適用となります。