

# 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				
定価	100,000円			
日本医療企画・介護職員初任者研修テキスト	6,480円			
定価 合計	106,480円			
移転キャンペーン値引	-66,520円			
テキスト代値引	-6,480円			
受講料合計	33,480円			