

## 平成29年度 介護福祉士基本研修 受講申込書

介護福祉士の 平成 年 月 日

	会員 (受講料 17,000円) ⇒ 会員番号 (25— )
	非会員 (受講料 28,000円)

↑ いずれかに○

### 第2回 (1・2・3月コース) 開催

フリガナ 氏 名	介護福祉士登録年月日	
	年	月 日
自宅 住所	〒	
	日中連絡可能な電話番号 (携帯など)                    —                    —	
勤務 先	勤務先法人名及び事業所名 (フリガナ)	
	勤務先事業所住所 〒	
	TEL                    —                    —                    FAX                    —                    —	

↑ 通知等の送付先として いずれかに○

**< 当会使用欄 >**

申込受付日                    年                    月                    日

入金日                            年                    月                    日

受講票送付日                    年                    月                    日

申し込みは先着順での受付です。研修受講不可の場合のみ電話にてご連絡いたします。

- \* 振り込まれた受講料は未開講の場合を除き、原則として返金いたしません。
- \* 郵送で申し込まれる場合は、個人で控えをお取りください。
- \* 申込書に記載された個人情報本研修以外での使用はいたしません。
- \* **研修当日の連絡用携帯電話番号：090-9840-7042**
- \* 締切日以降順次、受講決定通知及び振込用紙等を郵送いたします。