

平成 30 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 1 回 (5・6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 は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。