

介護職員初任者研修 受講申し込み書

社会福祉法人 神原苑  
〒755-0022 宇部市神原町 2-1-22  
Fax : 0836-34-2884 Tel :0836-35-8033

締切日 H30年7月27日(金) 必着

【お申込みは、郵送または FAXにてお願い致します。】

以下をご記入下さい。

|                                      |  |
|--------------------------------------|--|
| お申込み日                                | 平成 年 月 日   |
| ふりがな                                 |  |
| 氏名                                   |  |
| 住所                                   | 〒 -  |
| 生年月日                                 | 和暦で御記入ください<br>年 月 日生(満 歳)  |
| 電話番号                                 | ( ) -<br>携帯番号 - -  |
| FAX番号                                | ( ) -  |
| 受講理由                                 |  |
| 受講料の納付方法等について                        | 受講申込書を事前に提出ください。(締切り H30年7月27日)<br>事前にテキスト代7,000円のみ持参いただきます。<br>(持参期間 H30年7月9日~H30年7月27日)<br>※ 開講日までにキャンセルされた場合は、テキスト代のみ頂き、<br>テキストの引き取りをお願いしておりますのでご了承ください。 |
| (受講申込受付後に<br>詳細について担当<br>よりご連絡致します。) | 受講料 30,000円については<br>※いずれかに○印をお付け下さい。<br><br>① 開講日当日全額持参 ②分割希望<br>(支払方法については相談に応じます。)   |

※尚、ご記入いただきました個人情報につきましては、本研修以外には、使用いたしません。

(受付担当者記入欄)

|       |          |       |  |      |  |
|-------|----------|-------|--|------|--|
| 受付年月日 | 平成 年 月 日 | 受付担当者 |  | 受付番号 |  |
|-------|----------|-------|--|------|--|