

8/22 受講生配布

介護福祉士 実務者研修 通信課程 研修申込書

ご記入日 西暦 年 月 日

フリガナ				生年月日	性別
氏名				西暦 年 月 日	男 ・ 女
住所	(〒 -)				
連絡先	自宅		携帯		
	FAX	有 ・ 無	FAX 番号		
メール アドレス	@				
所持資格	所持資格によって免除科目が異なります。該当する欄に○をご記入ください。				
	無資格		介護職員初任者研修		基礎研修
	ホームヘルパー1級		ホームヘルパー2級		認知症介護実践者研修
	資格を取得した研修事業所名				
希望コース	<input type="checkbox"/> e-ラーニング (PC・スマホ) で課題を提出する <input type="checkbox"/> 郵送で課題を提出する		第 104 回 上大岡 教室 年 月 開講コース		
	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり → 現在勤務中の場合 (所属事業所)				
支払方法	<input type="checkbox"/> 一括払い <input type="checkbox"/> 2分割希望 (開講前に半額、修了日一週間前までに半額) 分割手数料として別途2,000円を加えた金額になります。				
助成金 使用希望	<input type="checkbox"/> 使用希望なし		<input type="checkbox"/> 教育訓練給付金		<input type="checkbox"/> 母子家庭・自立支援教育訓練給付金
(任意) どこで当学院を 知りましたか?	<input type="checkbox"/> 職場 <input type="checkbox"/> 知人 <input type="checkbox"/> SNS等 <input type="checkbox"/> 折込チラシ <input type="checkbox"/> インターネット検索 <input type="checkbox"/> その他 ()				

FAXか郵送にてお申し込みください。

FAX 045-989-2652

ホームページからもお申込み可能です。

【お問合せ・連絡先】

特定非営利活動法人 **かながわ福祉保健学院**

〒226-0027 横浜市緑区長津田6-11-22-2F TEL 045-989-2650 FAX 045-989-2652