

※郵送 または F A X によりお申込願います。(FAX:022-353-9320)

介護福祉士実務者研修受講申込書

私は下記の個人情報使用目的および解約の取り扱いに同意の上、介護福祉士実務者研修の受講を申し込みます。

			申 込 日 ※必須	西 暦	年	月	日
ふりがな ※必須			生年月日 ※必須	昭 和 ・ 平 成	年	月	日
氏 名 ※必須	姓	名	性 別	男 ・ 女	年 齢	歳	
住 所 ※必須 連絡先	〒						
	電話番号	※どちらかは必ず		自宅電話			
	携帯番号	ご記入ください		携帯番号			
	メールアドレス						
希望コース	<input type="checkbox"/> 2024年 4月開講コース (申込期限: 2024年 4月 5日まで) <input type="checkbox"/> 2024年 8月開講コース (申込期限: 2024年 7月19日まで)						
保有資格	<input type="checkbox"/> 介護職員初任者研修 <input type="checkbox"/> ホームヘルパー2級 <input type="checkbox"/> ホームヘルパー1級 <input type="checkbox"/> 介護職員基礎研修 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 無資格 ※資格をお持ちの方は本紙と合わせて資格者証の写しをご提出ください						
支払方法	<input type="checkbox"/> お振込み <input type="checkbox"/> クレジットカード (<input type="checkbox"/> 一括 <input type="checkbox"/> 分割 2回 <input type="checkbox"/> リボ払い) ※クレジットカードでのお支払の場合は手続きのため、当校まで来て頂く必要があります。 予めご承知下さい。   VISA・MASTER カードのみの取り扱いとなります。						
教材配達	お申込み受付後受講料ご請求書を送付いたします。受講料のご入金を確認取れ次第、教材の発送と致します。(テキストのみ出版元からの直送(別便)になります。)						
当講座を知ったきっかけ							
<input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> 当校修了生からの紹介 <input type="checkbox"/> 職場からの紹介							
<input type="checkbox"/> 家族・友人の紹介 (紹介者名:)							
<input type="checkbox"/> 資格取得検索サイト (インターネット等) <input type="checkbox"/> その他 ()							

【個人情報使用目的】

ご登録いただいた情報は下記の目的に利用させていただき、記載した目的以外に利用することはありません

①当校より上記講座以外のご案内・就業に関するご案内 ②お客様との連絡 ③満足度調査等のアンケート

【解約の取り扱いについて】

テキスト到着後使用された状態での解約については対応できかねますので予めご了承ください

【ご留意事項】

お申込みコースの人数が定員の半数(5名以下)満たない場合、希望外コースへの変更を頂く場合があります。予めご了承ください。

【お申し込み先】



仙台福祉介護アカデミー

〒983-0828 仙台市宮城野区岩切分台三丁目3-7

TEL: 022-781-5630 FAX: 022-353-9320