

同行援護従業者養成研修・全身性障害者移動介護従業者養成研修 受講申込書

* 私は、下記線以下の解約の取り扱い及び個人情報使用目的に同意の上、下記講座を申込みします。

令和 年 月 日

ふりがな			生年月日	年齢
氏名	氏	名	昭和・平成 年 月 日生	歳
住所	〒 —			性別 男・女
連絡先	自宅TEL () —	携帯TEL () —		

(該当の□を黒くぬりつぶして下さい。□→■)

お申込み講座		お申込みクラス	
<input type="checkbox"/> 同行援護従業者養成研修		一般＋応用課程	月生
* 希望するクラスをご記入ください。		一般課程のみ	月生
* 一般課程を修了しないと応用課程の受講はできません。		応用課程のみ	月生
同行援護従業者養成研修のカリキュラム免除		<input type="checkbox"/> 希望する	
応用課程から受講する方のテキスト購入希望の有無(中央法規出版2,640円)		<input type="checkbox"/> 希望する ・ <input type="checkbox"/> 希望しない	
免除対象者	<input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> ホームヘルパー1～3級修了 <input type="checkbox"/> 介護職員初任者研修(修了・受講中)	* 左の資格証、修了証のコピー、当校以外の初任者研修を受講中の方は受講証明を添付してください。	
<input type="checkbox"/> 全身性障害者移動介護従業者養成研修		教室	月生
全身性障害者移動介護従業者のカリキュラム免除		<input type="checkbox"/> 希望する	
免除対象者	<input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> ホームヘルパー1～3級 <input type="checkbox"/> 介護職員初任者研修(修了・受講中)	* 左の資格証、修了証のコピー、当校以外の初任者研修を受講中の方は受講証明を添付してください。	

* お支払方法をご記入ください。

お支払い方法	<input type="checkbox"/> 個人払い一括(振り込み手数料はお客様負担となります)	<input type="checkbox"/> 教育訓練給付制度利用(一般＋応用課程対象)
	<input type="checkbox"/> 会社請求(請求先住所、事業所名、電話番号をご記入ください)	
[]		

■ 受講申込書は郵送もしくはFAXでお願い致します。 ■

◎ 郵送の場合は同封の封筒をご利用の上、下記住所まで申込書及び資格証(コピー)を郵送して下さい。

◎ FAXの場合はFAX022-341-6135まで申込書及び資格証(コピー)を送信して下さい。

◎ 当校より受講確認書及び受講料振込みのご案内をお送りします。尚、使用するテキストは初回授業時にお渡しいたします。

【解約の取り扱いについて】

* 開講日以降の自己都合による解約についてはお取り扱い出来かねますのでご了承下さい。

【個人情報の取り扱いについて】

* お客様にご登録いただいた情報は下記目的のため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 当校からの上記講座以外のご案内・資料送付の為 ② 受講申込み後の受講手続きの利用 ③ お客様との連絡

お申込み先

EDC医療福祉学院

〒980-0022 仙台市青葉区五橋1-4-30-3F

電話:022-716-2125 FAX:022-341-6135