

# 受講申込書

（通信課程）

社会福祉法人 函要会 御中

介護福祉士実務者研修に申し込みます。

申込日 年 月 日

受講者名	ふりがな		性別	生年月日	
	Ⓜ		男・女	昭和・平成 西暦( ) 年 月 日 ( 歳)	
住所	〒 -			自宅TEL :	
				携帯TEL :	
勤務先	住所	〒 -		TEL :	
	名称			FAX :	
コース選択 保有資格	保有資格		受講時間	受講料 (テキスト代込・税込)	希望コースに○を記入
	資格なし		450時間	125,280円	
	初任者研修・ホームヘルパ <sup>®</sup> -2級		320時間	95,040円	
	ホームヘルパ <sup>®</sup> -1級		95時間	95,040円	
	基礎研修		50時間	45,360円	
給付金・貸付金等	( )希望する ( )希望しない				
当講座を知ったきっかけ	新聞広告 ・ 配布チラシ ・ インターネット 紹介(紹介者名: ) ・ その他( )				
研修修了後の就労予定	( ) ① 現在介護施設・事業所を探している ( ) ② 既に介護施設・事業所で介護業務に携わっている ( ) ③ 修了後、介護施設・事業所に就職予定がある				
<p>・受講料(返納)について</p> <p style="padding-left: 20px;">受講申込締切日以降の受講料返還請求には一切応じることができません。</p> <p style="padding-left: 20px;">(受講態度が著しく悪く、当法人の判断において受講の停止を命じた場合も同様)</p> <p>・私は上記内容について説明を受け、これに同意します。</p> <p style="text-align: center;">氏名 <span style="float: right;">Ⓜ</span></p>					

※知り得た個人情報、当講座管理業務の目的以外で使用いたしません。

受付No 社函 3101-