

FAX送信の場合は番号を間違えないようお願いいたします。

FAX番号 043-441-8337

介護職員初任者研修（通信課程）申込書

申込日	西暦 年 月 日				
フリガナ				性 別	男 ・ 女
署名	姓	名			
電話			携帯		
住所	〒 ー				
生年月日	西暦 年 月 日生			年齢	歳
メール アドレス					
	今後当社からの案内を送信してもよろしいでしょうか？ 「いいえ」の方へは受講に関する連絡（メール）以外はいたしません。			はい・いいえ	
保護者署名 (18未満の方)	1 8 歳未満の方は必ず保護者の方の署名と捺印をお願いします		(署名)		印
保有資格	<input type="checkbox"/> 無資格 <input type="checkbox"/> 生活援助従事者研修 <input type="checkbox"/> 入門的研修 <input type="checkbox"/> 認知症介護基礎研修 <input type="checkbox"/> 訪問介護に関する3級研修				
	※資格保有の方は、資格証明書（写）を返信用封筒又はFAXしてください。				
職業	<input type="checkbox"/> 介護従事者 <input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> 専業主婦 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> フリーター <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 自営 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> その他（ ）				
事業所名 (任意記入)	会社名		施設名		
	TEL	( )	FAX	( )	
希望開始日	<input type="checkbox"/> 11月1日 <input type="checkbox"/> 12月6日 <input type="checkbox"/> 1月18日 <input type="checkbox"/> 1月25日				

私は、上記のとおり介護職員初任者研修の受講を申し込みます。なお申し込みにあたり、個人情報使用目的に同意します。

☐同意します（同意される方は左記☐にチェックしてください。

個人情報の取り扱いについて	ご記入いただいたお客様の個人情報の使用目的は次のとおりです。 ①弊社からの教育講座の案内 ②弊社からの他の教育講座にかかる商品のご案内 ③弊社からの介護人材育成に関するお知らせ ④お客様との連絡や満足度の調査	【個人情報お問い合わせ窓口】 株式会社 浩浩 個人情報担当 TEL：0 4 3 - 4 4 1 - 8 3 3 1 受付時間：平日9:00～17:00
---------------	--	--

一括納付または分割納付をご選択ください。 <input type="checkbox"/> にチェックしてください。 申し込み確認後、請求書を送付いたしますので期日までに指定口座にお振込みください。	
<input type="checkbox"/> 一括納付 <input type="checkbox"/> 分割納付（2回） <input type="checkbox"/> 分割納付（3回）	
※分割納付の場合、2回目以降は指定日までに振り込みをお願いいたします。 ＜受講料の納付額及び分割額分割について＞ ・分割納付（2回）    1回目：3 0,0 0 0 円    2回目：2 0,0 0 0 円 ・分割納付（3回）    1回目：2 0,0 0 0 円    2回目：2 0,0 0 0 円    3回目：1 0,0 0 0 円	

※最後に記入漏れがないか、もう一度ご確認ください。  
※受講の取り消しにつきましては、「クーリングオフ制度」の適用となりますので、教材到着後8日以内に弊社におしらせください。8日を経過した後に解約する場合、原則として受講料の返金はいたしませんのでご注意ください。