

お申込みは、持参・郵送・FAXのいずれかでお願いします。
※FAXの場合は、送信後必ず電話にて連絡ください。

1 介護職員初任者研修課程受講申込書

(通信)

申込日	平成 年 月 日	性別
フリガナ		
氏名		男 ・ 女
生年月日	昭和 ・ 平成 年 月 日 (歳)	
住所	(〒 ー) TEL : 携帯 :	
受講希望理由		
本人 確認書類	※開校日当日までに本人確認が必要なため下記のいずれかの提示(コピー)が必要となりますので ご用意下さい。 ・ 戸籍謄本、戸籍抄本若しくは住民票 ・ 健康保険証 ・ 運転免許証 ・ パスポート ・ 年金手帳 ・ 国家資格等を有する免許証または登録証	
受講料	70.000 円(テキスト代込み)	
支払い 方法	一括払いのみ <input type="checkbox"/> 銀行振込 <input type="checkbox"/> 持参	

※受講料の分割を御希望の方は御相談下さい。

申込み受付後

申込書受付後、施設より受講決定通知書を送付いたしますので、内容を確認後手続きを行って下さい。
受講料は受講決定通知書到着後、指定期日までに振り込み又は持参下さい。
キャンセルについてなどの規定は受講決定通知書に同封の学則を参照として下さい。

問い合わせ先

社会福祉法人 寿広福祉会 特別養護老人ホーム L・ハーモニー石下
TEL : 0297-44-6616 FAX : 0297-43-1977