

お申込みはFAXまたは郵送にてお願いします

介護福祉士実務者研修 受講申込書

令和 年 月 日申込

フリガナ		性別		昭和 平成	年	月	日
氏名	印	男・女	生年月日 (年齢)				歳
住所	(〒 -)						
自宅電話	()	携帯電話	()				
メールアドレス							
ご職業	1. 介護職員(パート・アルバイト含む) 2. 介護職以外の正社員 3. 介護職以外のパート・アルバイト 4. 自営業 5. 学生 6. 無職 7. その他()						
勤務先		介護 実務経験	1. 経験あり(年 ヶ月) 2. 未経験				

受講コース選択 (ご希望のコースにチェックを入れてください)

コース	<input type="checkbox"/> 実務者研修 火曜コース ()月開講	下記より保有資格を選択して○をつけてください。 1. 介護職員基礎研修 2. ホームヘルパー1級 3. ホームヘルパー2級 4. 介護職員初任者研修 5. 喀痰吸引等研修(3号研修除く) 6. その他() 7. 無資格
	<input type="checkbox"/> 実務者研修 木曜コース ()月開講	
	<input type="checkbox"/> 初任者研修 + 実務者研修	※初任者研修のご希望コースをご記入ください ()月開講 (短期・週1) コース

修了生 割引	フロンティア介護スクールの修了生の方はチェックしてください。 <input type="checkbox"/> ホームヘルパー2級 <input type="checkbox"/> 初任者研修 <input type="checkbox"/> 介護職員基礎研修
-----------	---

お支払 回数	<input type="checkbox"/> 一括払い <input type="checkbox"/> 分割払い(2回)
-----------	---

受講料 請求先	1. 受講者ご本人様 2. 法人様 ※2を選択した場合はご請求先をご記入ください。 会社名 住所 〒
------------	--

当スクールを お知りになっ たきっかけ	<input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> ケイコとマナブ <input type="checkbox"/> グースクール <input type="checkbox"/> リビング新聞 <input type="checkbox"/> 大型ビジョン(通りがかり) <input type="checkbox"/> CM <input type="checkbox"/> 修了生のご紹介(修了生お名前) <input type="checkbox"/> その他()
---------------------------	---

※保有資格のある方は修了証明書を添付してお申し込みください。

※受講申込後、「受講決定通知書」が送られてきましたら受講料のお振込をお願いします。

介護福祉士実務者研修 お申込み

FAX送信先: 052-950-6447

お問い合わせ電話番号: 052-961-9955 (受付時間月曜~金曜9時~18時)
株式会社フロンティア フロンティア介護スクール事務局

※当スクール記入欄

受付	案内送付	支払期日	入金確認	備考欄