

受講申込書

下記項目を全てご記入ください。

申込日：平成 年 月 日

お申込み 講座名 希望コースNo.	<input type="checkbox"/> 初-1 <input type="checkbox"/> 初-2 <input type="checkbox"/> 初-3 <input type="checkbox"/> 初-4 <input type="checkbox"/> 初-5 <input type="checkbox"/> 初-6 <input type="checkbox"/> 実-1 <input type="checkbox"/> 実-2 <input type="checkbox"/> 実-3 <input type="checkbox"/> ガ-1 <input type="checkbox"/> ガ-2 <input type="checkbox"/> ガ-3 <input type="checkbox"/> 同-1 <input type="checkbox"/> 同-2 <input type="checkbox"/> 同-3 <input type="checkbox"/> 強-1 <input type="checkbox"/> 強-2 <input type="checkbox"/> 強-3	
	※別紙の開講日程表をご確認ください	
	ふりがな	性別
	お名前	男 ・ 女
	生年月日	昭和 ・ 平成 年 月 日 (歳)
住所	〒 -	
電話番号	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯電話 <input type="checkbox"/> 職場 () ※日中連絡可能な番号をご記入ください	
講座を知った きっかけ	<input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Facebook <input type="checkbox"/> ハローワーク <input type="checkbox"/> 別講座の修了者 <input type="checkbox"/> 修了者からの紹介 <input type="checkbox"/> 麻生介護サービス(株)の社員からの紹介 (紹介者氏名:) <input type="checkbox"/> 麻生介護サービス(アップルハート)での面接 <input type="checkbox"/> 麻生介護での就業予定者 <input type="checkbox"/> その他 ()	
資格の有無 該当の資格に☐	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 実務者研修 <input type="checkbox"/> 介護職員初任者研修 <input type="checkbox"/> 介護職員基礎研修 <input type="checkbox"/> ホームヘルパー1級 <input type="checkbox"/> ホームヘルパー2級 <input type="checkbox"/> ガイドヘルパー (☐全身性 ☐視覚) <input type="checkbox"/> その他 ()	
割引区分 いずれかに☐	<input type="checkbox"/> 学生割引 (学 校 名:) <input type="checkbox"/> 修了者割引 (受講講座名:) <input type="checkbox"/> 修了者紹介割引 (紹介者氏名:) <input type="checkbox"/> グループ割引 (ご一緒に受講される方:) <input type="checkbox"/> その他	

FAXまたは郵送でお申込みください。

〒812-0011 福岡市博多区博多駅前3丁目27-22-6F 麻生介護サービス(株) 養成事業 宛て

FAX 092-452-7714

【事務局記入欄】

受講料納付日(予定日)	月 日	受講料	円
-------------	-----	-----	---

入力 入金 決定