

キャリア福祉カレッジ

受講申込日：令和 年 月 日

実務者研修 受講申込書

株式会社キャリア福祉カレッジ

〒761-0301 香川県高松市林町2217-15

香川産業頭脳化センタービル4F

TEL:087-813-9704 FAX:087-813-9705

ホームページからの申込み
「実務者研修」 →



コース	高松教室／善通寺教室／丸亀教室／三豊教室 月 コース <input type="checkbox"/> 介護福祉士模擬試験 <input type="checkbox"/> 介護福祉士直前対策2日間コース(無料 希望者のみ)
自宅学習 方式選択	<input type="checkbox"/> 添削課題集コース(紙印刷) / <input type="checkbox"/> e-ラーニング
お持ちの 資格	<input type="checkbox"/> 無資格 <input type="checkbox"/> 介護職員初任者研修 <input type="checkbox"/> 訪問介護2級 <input type="checkbox"/> 訪問介護1級 <input type="checkbox"/> 介護職員基礎研修 <input type="checkbox"/> 介護福祉士 ※保有資格者の方はお申込時又はスクーリング初日に修了証明書の写しをご提出ください。

フリガナ				性別	生年	昭・平	年	月	日
受講者名	Ⓔ			男	月日	(満 歳)			
住 所	〒 - ※アパート・マンションの号室等もご記入ください								
電話番号			メール アドレス						
お支払方法	《受講料は開講月の10日前までにお振込みください。詳しくは <u>受講決定通知書</u> で案内いたします。》 <input type="checkbox"/> 一括 <input type="checkbox"/> 分割 ※分割払いご希望の方は裏面確認後名前を記入ください。 <input type="checkbox"/> 法人宛請求書支払 事業所名： 〒 ご住所： ご担当者様： 電話番号： <input type="checkbox"/> テキストを事業所様へ発送の場合は☑ください。(☒ない場合は受講者様宛) <input type="checkbox"/> 人材開発助成金申請の事業所様は☑ください。								
職 業	1. 介護職員 2. 会社員 3. パート/アルバイト 4. 主婦 5. 学生 6. その他								
就職支援	希望する／希望しない (希望される方はいつ頃；)								
助 成 金	<input type="checkbox"/> 専門実践教育訓練 <input type="checkbox"/> 介護福祉士実務者研修受講資金貸付 ※併用の申請はできません。								
修了生割引	<input type="checkbox"/> 当校にて初任者研修修了者は☑ください。								
受講目的	<input type="checkbox"/> 介護福祉士受験のため <input type="checkbox"/> サービス提供責任者になるため <input type="checkbox"/> その他								

※上記内容で知り得た個人情報は、当校管理業務の目的以外で使用しません。

当校 記入欄	入金確認	テキスト発送	受講決定通知書	その他
-----------	------	--------	---------	-----

キャリア福祉カレッジ

介護福祉士実務者研修分割払い申込書 《キャンペーン価格》

回数	期日	月日	無資格	初任者研修 訪問介護2級	訪問介護1級
1回目	当校が指定する 日まで	月 日	40,000円	30,000円	40,000円
2回目	開講日より 2か月以内	月 日	30,000円	30,000円	30,000円
3回目	開講日より 4か月以内	月 日	30,000円	20,000円	
		合 計	100,000円	80,000円	70,000円

【税込】

振込先 ◇金融機関：百十四銀行 伏石支店（支店番号 3 0 4）
◇普通 0 4 2 2 6 2 9
◇株式会社キャリア福祉カレッジ

申込者 お名前： _____ 印

受講コース 高松教室／善通寺教室／丸亀教室／三豊教室 月 コース

※分割払い1回目は開講月の10日前までにお振込みください。
例) 4月コースの方は前月20日（3月20日）となります。
※当校は確認後受講決定通知書とあわせて分割支払い申込書送付いたします。

当校 記入欄	確認日	発 送
-----------	-----	-----