



【申込み専用FAX 055-924-5397】

# 介護職員初任者研修 受講申込書

※氏名は、戸籍登録されている文字で記入しましょう。

お申込日：平成 年 月 日

ふりがな 氏名			性別	男・女
生年月日	昭和・平成 (西暦 年)	年 月 日	年齢	歳
現住所	〒 - ※アパート、マンション名 階数もご記入ください。			
電話番号	( ) -	携帯電話	( ) -	
職業	1、専業主婦 2、会社員(派遣含む) 3、パート・アルバイト 4、学生(大・短・専・高) 5、介護従事者 6、自営業 7、無職 8、その他( )			
■スクーリング希望クラス (日程表をご確認ください)				
ラ・ホール富士 教室 12月生 週2クラス				
ふりがな 法人名 (振込元)	請求書発行住所		ご連絡先・担当者	
〒 - ※[法人名]にてお振込みの場合のみご記入ください。				
■割引制度・給付制度の適用 ※該当する項目にチェックを付けて下さい。				
<input type="checkbox"/> 自立支援給付金 <small>※母子家庭の母に対して受講料の一部が支給(自治体によって異なります)</small>		※自立支援給付金を使用する際はハローワークでの <b>確認をお願い致します。</b>		
		■受講料について <input type="checkbox"/> 一括払い		
		・振込用紙を送付いたします。 ・入金確認後、教材発送日を 過ぎてからの教材発送となります。		

《個人情報取扱いについて》  
 ご提供いただいた個人情報は、弊社の個人情報保護法規程に従い、厳重に管理し上記目的以外に使用いたしません。

〈事務局〉 介護職員初任者研修  
 〒410-0055 Fujiアカデミー  
 静岡県沼津市高島本町16-16三井生命ビル3F

フリーダイヤル：0120-294-272

FAX: 055-924-5397

## 【弊社記入欄】

S07

開始日	/
発送日	/
定価	115,500 円
K割引	▲ 円
受講料	円

受講番号	6	1						
期限	/	入金日	/	期限	/	入金日	/	
受付者	責任者	FAX送信者	管理	説明会	/	発送手配		テキスト受

備考	
----	--