

実務者研修受講申込書

(メインデータ)

申込日 平成 年 月 日

フリガナ 氏名	姓	名	性別	男 ・ 女
フリガナ 住所	〒 -			
マンション名等			電話番号	
携帯電話			メールアドレス	
生年月日			年齢	
※18才未満の方は必ず保護者の方の署名と捺印をお願いいたします。				
保護者署名				印

(サブデータ)

介護経験	有 (年 ヶ月間) ・ 無	
保有資格	□初任者研修 ・□ヘルパー2級 ・□基礎研修 ・□ヘルパー1級 ・□無資格 ・□その他()	
勤務先名		
フリガナ 勤務先住所	〒 -	
勤務先 電話番号		勤務先 FAX
広告媒体	□郵便物を見て □チラシを見て □周囲の方の紹介 □すはま会のホームページを見て □その他()	
通学方法	□ 車 □自転車 その他□	
※車通学の場合、車種と車番の記入をお願いいたします。		
車種車番	車種()	車番()

個人情報の 取り扱いに ついて	お客様の個人情報の使用目的は次の通りです。 ①お客様との連絡及び満足度調査 ②当法人からの就業に関するご案内 ③学習についてのバックアップ	※左記目的に同意頂ける方は下 記□にチェックして下さい。
	<input type="checkbox"/> 同意する	

支払方法	<input type="checkbox"/> 現金 <input type="checkbox"/> 振込	※支払は一括のみとなります。
------	---	----------------

-----事務局記入欄 ※ここから下は記入しないでください。-----

受講料	
テキスト代	
補助額	
お支払合計額	

申込 処理	/	入金 完了	/
修了書 No.			

社会福祉法人すはま会
FAX番号 0299-82-9283