

# 実務者研修受講申込書

(メインデータ)

申込日 令和 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 <small>※忘れずにご記入下さい</small>	
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	<input type="checkbox"/> 初任者研修 ・ <input type="checkbox"/> ヘルパー2級 ・ <input type="checkbox"/> 基礎研修 ・ <input type="checkbox"/> ヘルパー1級 ・ <input type="checkbox"/> 無資格 ・ <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 郵便物を見て <input type="checkbox"/> チラシを見て <input type="checkbox"/> 周囲の方の紹介 <input type="checkbox"/> すはま会のホームページを見て <input type="checkbox"/> その他( )			
通学方法	<input type="checkbox"/> 車 <input type="checkbox"/> 自転車    その他 <input type="checkbox"/>			
※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キャリアコンサルティング(未就職者のみ) ③学習についてのバックアップ	※左記に了承頂ける方は下記□ にチェックして下さい。
		<input type="checkbox"/> 同意する
注意事項	①スクーリング日程での講習に参加できること ②既納の受講料の返金には応じられないこと	<input type="checkbox"/> 確認した

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		申込 処理	/	入金 完了	/
テキスト代		修了書 No.			
補助額					
お支払合計額					

**社会福祉法人すはま会**  
**FAX番号 0299-82-9283**