

【カイゴミライズアカデミー受講申込書】

整理番号
(記載不要)

J-

申込講座	介護福祉士実務者研修		記入日	西暦	年	月	日
フリガナ	姓	名				性別	
お名前					男・女		
生年月日	西暦	年	月	日	年齢満	歳	国籍 日本・その他
ご住所	〒						
電話			携帯電話			FAX	
メールアドレス <small>※必須</small>	お手数をお掛け致しますが、kaigomiraizu@gmail.comからのメールを受信できるよう設定をお願い致します。						
緊急連絡先	電話番号		ご関係				
保有する 介護資格	<input type="checkbox"/> 初任者研修 <input type="checkbox"/> ヘルパー3級 <input type="checkbox"/> ヘルパー2級 <input type="checkbox"/> ヘルパー1級 <input type="checkbox"/> 介護職員基礎研修 <input type="checkbox"/> ガイドヘルパー(全身性) <input type="checkbox"/> ガイドヘルパー(知的) <input type="checkbox"/> ガイドヘルパー(精神) <input type="checkbox"/> 同行援護 <input type="checkbox"/> 無資格 <input type="checkbox"/> その他 ()						

希望コース	ご希望の開講月とスクーリングの曜日をお選びください。1月開講の場合スクーリングは3月と4月です。		
	第1希望：9月開講 (<input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 日)	スクーリング1日目～4日目の受講方法	
	第2希望：9月開講 (<input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 日)	<input type="checkbox"/> 教室 <input type="checkbox"/> Zoom受講 <input type="checkbox"/> 動画視聴後レポート提出	
	科目修了認定希望 する・しない	認定希望の 保有資格名	
テキスト	<input type="checkbox"/> ご自分で購入 <input type="checkbox"/> テキスト貸出制度※先着順		
お支払い方法	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 現金支払(事務所へご持参)		

[お申込みの流れ]

- ① 本受講申込書を当社あて郵送ないしはFAXで送付お願いします。
- ② 内容を確認いたしましたら、申込書記載のメールアドレスあてに受講確認書と受講料お支払いのご案内をお送りします。
※FAX送信後、2～3日しても当教室から連絡がない場合はご連絡ください。

[注意事項]

- ・受講の決定：受講申込書(本用紙)の提出後、受講料の納付で確定します。後日、本人確認ができる書類(免許書保険証など)、必要な資格証のコピー等の提出を以て、本決定とします。
- ・キャンセル：講座開講日の10日前までは、全額ご返金します。それ以降の場合はご返金いたしません。
- ・行政の指導により、スクーリングの受講方法が変更になる場合がございます。あしからずご了承ください。

[送付先]

〒594-0032 和泉市池田下町236-1 (株)こうとり TEL：0725-99-8984 FAX：0725-99-8985

個人情報の お取り扱い について

申込書類にご記入いただいた個人情報の使用目的は下記の通りです。

1. 本講座における登録および管理
2. 資格取得や研修に関する情報などのご案内
3. 個人情報を特定できない形での統計的資料の作成