【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 ※必須	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	□初任者研修　□ヘルパー3級 □ヘルパー2級　□ヘルパー1級　□介護職員基礎研修 □ガイドヘルパー(全身性)　□ガイドヘルパー(知的)　□ガイドヘルパー(精神)　□ 同行援護 □無資格　□その他（　　）				

希望コース	ご希望の開講月と通学の曜日をお選びください。1月開講の場合通学は3月と4月です。	
	第1希望：6月開講 (□日 □火) 第2希望：6月開講 (□日 □火)	通学時の受講方法 □ 教室（7日間全て教室で受講） □ Zoom受講（1～4日目をZoomで受講） □ 動画視聴後ﾚﾎﾟｰﾄ提出（1～5日目を動画視聴）
テキスト	□ご自分で購入　□テキスト貸出制度※先着順	
お支払い方法	□銀行振込　□クレジット決済　□現金支払(本社へご持参ください)	

[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、通学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]（カイゴミライズアカデミー本社）
〒594-0032 和泉市池田下町236-1 ㈱こうのとり　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