

介護職員実務者研修

受講申込書

フリガナ			
氏名			
生年月日	性別		男 ・ 女
	年齢		歳
住所	〒 _____		
電話番号	— —	携帯電話	— —
メールアドレス	パソコン：		携帯：
勤務先名			
現在所得資格	<p>※資格と介護従事期間により、科目の免除と受講期間が異なりますので必ずご記入下さい 受講講師込書と一緒に資格者証の写しを提出下さい</p> <p><input type="checkbox"/>無資格 <input type="checkbox"/>ホームヘルパー 1 級 <input type="checkbox"/>ホームヘルパー 2 級 <input type="checkbox"/>ホームヘルパー 3 級 <input type="checkbox"/>初任者研修 <input type="checkbox"/>基礎研修 <input type="checkbox"/>認知症介護実務者研修 <input type="checkbox"/>喀痰吸引研修</p> <p>介護業務従事期間（ 年 月 ）</p>		
お支払い方法	<p><input type="checkbox"/>現金一括払い <input type="checkbox"/>銀行振り込み（一括） <input type="checkbox"/>分割払い（ 回） 分割 4 回まで可能 ※振込手数料はお客様の負担になりますので予めご了承ください</p>		

※お申込みによってお知らせいただいた個人情報につきましては、当講座の目的以外には使用いたしません。

※受講申し込みは FAX で受講申し込み書を送ってください。

↓ FAX 054-280-7341 ↓

インフィック株式会社

〒422-8067 静岡県静岡市駿河区南町 18-1 サウススポット静岡 17F

TEL 054-280-7340 FAX 054-280-7341