

介護職員初任者研修

受講申込書

フリガナ	
お名前	
生年月日	
住所	〒 _____
電話番号	
ファックス番号	
E-mail	
勤務先名	

介護のお仕事経験がございましたらご記入ください。

施設名	サービス内容	職務	就業期間

受講申込手続完了後は研修開始1週間前までに解約の申し出があった場合、振込手数料を受講者負担とし、手数料を差し引いた金額を返金致します。それ以降返金は致しません。また応募者が5名に満たなかった場合は振込手数料を当社負担としてご返金致します。次回講座を受講する場合は、その受講料へ充当することができます。

※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。

↓ **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 サウスポット静岡 17F

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