

申込日: 年 月 日

介護スクール スマイル 薬院本校 受講申込用紙

申込講座	<input type="checkbox"/> 介護職員初任者研修講座 ( 月 日 開始コース)		<input type="checkbox"/> 介護事務講座	
	<input type="checkbox"/> 同行援護従業者養成研修(視覚障害が1)		<input type="checkbox"/> 訪問介護員のための食育講座	
受講料 お支払方法 ○印をご記入下さい	一括	分割		本人確認書類 (初任者研修の場合) ・運転免許証 ・保険証 ・パスポート ・住民票等 ・年金手帳 ・住基カード ・その他 ( )
		2回払い	3回払い	
<input type="checkbox"/> 移動介護従業者・全身性障害者研修(全身性が1)		<input type="checkbox"/> サービス提供責任者 実務講習会		
		<input type="checkbox"/> リフレクソロジー講座 フットセラピーコース		

氏名	ふりがな	生年月日			年齢	性別
	漢字	S H	年	月	日	歳
住所	(〒 - )					
連絡先	自宅Tel	携帯Tel				
	ファックス	E-mail				
介護施設勤務実績	□有 ( 年 か月) ・ □無					
取得資格確認 ※後日証明書提出	<input type="checkbox"/> ヘルパー1級		<input type="checkbox"/> 視覚障害者が1ヘルパー			
	<input type="checkbox"/> ヘルパー2級		<input type="checkbox"/> その他 ( )			
当校講座を何を見て お知りになりましたか?	<input type="checkbox"/> 折り込みチラシ		<input type="checkbox"/> 情報誌 (情報誌名 )			
	<input type="checkbox"/> 紹介		<input type="checkbox"/> ホームページ			
	<input type="checkbox"/> その他 ( )					
連絡事項等						

※上記ご記入は正確にお願いいたします。

●申込方法

上記の事柄を☑又は記入の上持参、FAX、郵送の  
いずれかで締切日迄(必着)にてお申込み下さい。

※初任者研修を申込の場合は、本人確認書類の提示が  
必要ですのでご提示ください。コピーを取らせていただきます。

●申込・お問合わせ先

〒810-0014

福岡県福岡市中央区平尾1丁目13-25 国泰ビル2F

TEL・ 092-986-8035

FAX・ 092-483-5160

E-mail jobcity-yakuin@ori.bbiq.jp

●開講1週間前に『受講決定通知書』をご自宅へ送付します

介護スクール スマイル薬院本校 (担当 松木)

事務局記入欄	受領日	受付番号	受付(本人確認担当者)