

介護職員初任者研修受講申込書

平成 年 月 日

フリガナ			
氏名			
生年月日	昭和・平成 年 月 日(満 歳)	男・女	
住所	〒 -		
TEL	()		
FAX	()		
緊急連絡先	()	続柄()	
E-mail アドレス	※ある場合のみ記入		
受講目的			
希望開催		第1回 平成30年 10月2日 ~ 平成30年11月20日/毎週火・金	
		第2回 平成31年 2月4日 ~ 平成31年 3月28日/毎週月・木(祝日除く)	

※上記内容をご記入後、下記宛先に郵送またはFAXをお送りください。

留 意 事 項

<受講の決定について>

- ・研修事務局にて本申込書を確認後、内容の確認および受講料金納付先ご案内のお電話を差し上げます。
- ・受講決定は、受講料納付確認をもってなされます。皆さまには、受講決定通知書をご自宅へお送りいたします。

<キャンセル料について>

- ・受講決定後、開講7日前までは、1万円を差し引きご返金いたします。
- ・受講契約後、開講7日以内は、受講費用の6割をご返金いたします。
- ・研修開始後は、ご返金いたしかねます。ご了承ください。
- ・研修開始後、2日以上欠席者は、別途補講費用がかかります。
- ・学習態度が著しく悪く他者に害を及ぼす場合、退学処分となる場合もありますのでご了承ください。

一期一会トータルケア株式会社
 一期一会の介護職員初任者研修 事務局
 〒427-0039 静岡県島田市向谷1丁目964-1
 TEL 0547-54-5617/FAX0547-54-5618