

喀痰吸引等研修 受講申込書

申込日	西暦 年 月 日		
クラス	オンライン（収録講義） クラス		
申込者	フリガナ		
	氏名	印	
	生年月日	昭和・平成 年 月 日	性別
	住所	〒 - 都道 府 県	
	連絡先	【自宅】	【携帯】
	メールアドレス	@	
	保有する資格 該当するものに☑	<input type="checkbox"/> 介護福祉士 登録年月日（ 年 月） <input type="checkbox"/> 介護福祉士実務者研修 <input type="checkbox"/> 第二号研修 修了証 ※いずれかお持ちの方は資格証のコピーを本紙と一緒にご提出ください	
	実務経験年数	年 月	※申込時点での年数
保護者 (未成年の場合のみ)	フリガナ		
	氏名	印	
	連絡先		
勤務先	施設等の名称		
	所在地		
	連絡先		
受講料			
支払方法	法人請求 / 個人支払（ 振込 ・ クレジットカード払い ・ コンビニ払い）		

※お支払い方法について

上記以外のお支払い方法をご希望の場合は、ご相談ください。

利用可能なクレジットカードはVISA、MasterCard、JCB等となります。

※個人情報の取り扱いについて

ご記入いただきました個人情報は、講座の運営、受講中または受講修了後の情報提供並びにアンケート調査のみ使用し、その他の目的には一切使用いたしません。

学校記入欄	受付者		証明書
	契約締結日		<input type="checkbox"/> 提出
	受講生番号		<input type="checkbox"/> 未提出