

介護職員初任者研修にお申込みされる方は、下記の必要書類にもれなく記入し、郵便又は FAX・メールにてお申込みください。

(注) お申込みは先着順となりますので、ご注意ください。

介護職員初任者研修 講座申込書

【申込日】 年 月 日

開講日	令和 年 月 日		
氏名	(フリガナ)	生年月日	年 月 日 生まれ
住所	〒 - (フリガナ)		
携帯電話			電話番号
mail アドレス	支払方法		<input type="checkbox"/> 銀行振込 医療法人 仁寿会 三井住友銀行 / 高槻支店 普通 3120100
緊急連絡先 (氏名)	(フリガナ)	続柄	連絡先

(注) 全ての項目にご記入ください。

(注) 住所に記入漏れにご注意ください。

※書類送付先※ 〒569-0802 大阪府高槻市北園町13番19号
医療法人 仁寿会 介護職員初任者研修 係

※FAX送付先※ 【FAX】 072-684-2266
医療法人 仁寿会 介護職員初任者研修 係

※E-mail※ 【mail】 ut_hiraza@hotmail.co.jp 担当者名 医療法人仁寿会 ヒラザ 宛

- お申込み到着後、内容を確認次第、講習料金のお振込み口座をお伝えさせていただきます。
- 講習料につきまして、指定口座への案内が同封内にてご案内させて頂いております。指定の口座へ講座料をお振込みください。
- お振込の確認ができた時点で申込完了とさせていただきます。お申込みが完了した方へは郵送にて開講当日のご案内を致します。

※お申し込みは先着順とさせて頂いております。定員となり次第修了とさせていただきますので予めご了承ください。万が一キャンセルが発生した場合はお問い合わせ頂いた方より順にお知らせ致します。

ご不明な点につきましては、当法人までご連絡ください。

