

講座受講申込書

受講講座	<input type="checkbox"/> 介護ヘルパー(介護職員初任者研修) <input type="checkbox"/> ガイドヘルパー講座 ・全身性障害者課程 <input type="checkbox"/> 介護事務講座 <input type="checkbox"/> ケアマネージャー模擬試験講座 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 介護福祉士実務者研修 <input type="checkbox"/> 同行援護従業者養成研修課程(視覚) <input type="checkbox"/> 一般課程のみ <input type="checkbox"/> 応用課程のみ <input type="checkbox"/> 整体師養成講座 <input type="checkbox"/> 整体ボディケア <input type="checkbox"/> 足つぼ講座
受講会場	() 会場	開講日 年 月 日
ふりがな		性別 男・女 年齢 歳
氏名		
生年月日	昭和・平成 年 月 日生	
住所	(〒) 市・郡 区・町	
※上記氏名・生年月日・住所は正確にご記入願います。		
自宅電話番号	— —	
携帯電話番号	— —	
FAX番号	— —	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先
メールアドレス	@	
介護施設勤務実績	有・無	有りの方 介護職員経験()ヶ月・年
受講料分割希望	有・無	注) 介護ヘルパー(介護職員初任者研修)のみ
お持ちの資格	<input type="checkbox"/> ヘルパー1級・2級・3級 <input type="checkbox"/> ヘルパー1級・2級(取得中) <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 看護師・准看護師 <input type="checkbox"/> その他()	
<input type="checkbox"/> 当校で受講履歴あり	講座名() 開講日(年 月 日)	<input type="checkbox"/> 現在、他校受講中 <input type="checkbox"/> 受講歴なし
本申込み講座をどちらでお知りになりましたか?	<input type="checkbox"/> 折込チラシ等() <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> 知人から紹介()様 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> ポスター <input type="checkbox"/> ダイレクトメール(郵送・FAX) (雑誌名)様

該当するものに☑をし、上記太枠内に記入のうえ郵送又は、FAXもしくは持参願います。
当校ホームページからも申込み可能です。

皆様からお預かり収集した、個人情報とは当社の目的以外に使用し第三者に提供することはありません。

〒812-0016
福岡市博多区博多駅南5丁目8-37
MSビル2階
福祉情報センター博多校

電話 092-409-6481 原則 平日 午前9時～午後6時受付
FAX 092-409-6482 24時間受付

ホームページ <http://fukushihakata.client.jp/> 24時間受付

受付日 年 月 日	時間 AM PM 時 分	受付担当者	入力	名簿	確認書	備考
-----------	--------------	-------	----	----	-----	----