

FAX番号：048-253-9019（24時間受付）

郵送・FAX送信用

- 1 FAXの場合は送り面・送り先の間違えにご注意ください！！
- 2 FAXの場合は送信後は、必ず当スクール（0120-538-533）まで確認のお電話をお願いします。

アイ・ヘルパースクール/体位変換新技術体験講座 受講申込書

下記のとおり体位変換新技術体験講座の受講を申し込みたいします。

記入日 20 年 月 日

受講希望 コース	(西川口)校 開催日:()月()日 6,000円(税込)		
フリガナ	生年月日	19 年 月 日 () 歳	
氏名	性別(該当に)	1: 男 2: 女	
お持ちの資格	ケアマネージャー 介護福祉士 ホームヘルパー1級 ホームヘルパー2級 その他() 該当資格にレ点を付けてください。		
受講される方が18歳未満の場合は、保護者の方の署名と捺印をお願いいたします。		保護者氏名	印
住所 〒 -	都・道 府・県	市・ 区・郡	
番地・マンション名			
ご自宅電話 (fax)	連絡可能な日中の連絡先・携帯電話		
Eメールアドレス	@ 申し込み内容確認のご連絡をさせていただくことができますので正確にご記入ください。		
職業 (該当に)	1 専業主婦 2 会社員・公務員(介護職以外) 3 パート職員(介護職以外) 4 家事手伝い 5 学生 6 自営業 7 介護職 8 看護職 9 その他 ()		
お支払い方法	開催日当日一括現金払い		
弊社をお知りになった媒体をお選び下さい 該当する項目にレ点を付けてください。	[広報・広告等] 広報かわぐち(市役所だより) 北区だより 社協だより クリエイト(新聞折り込み) 求人メディア(新聞折り込み) スクールメディア(新聞折り込み) その他新聞折り込み広告() その他情報誌() [ネット関連] ネット検索 ケイコとマナブnet. シカトル(ネット) ケアナビ メールでのご案内 その他・サイト等() [ご紹介] 役所からの紹介 事業所からの紹介 知人の紹介(本校受講生・OB)		
弊社の講座を選ばれた理由			

受講料のお支払いは開催日当日をお願いします。

担当記入欄	
-------	--