

# 受講申込書

お申し込み日 年 月 日

## FAX 086-221-2283

★受講申込書は、FAX、郵送、メールにてお願い致します。

<お問合せ先>

本社 アイ・サポート・ワークス株式会社

住所 〒700-0824 岡山市北区内山下2-2-2 第7小野ビル3F

電話番号 086-221-2282 (平日9:00~17:00)

アドレス isw@produce-i.biz

法人名

施設名

住所 〒

代表者役職・氏名

研修担当者氏名

電話番号

FAX番号

|      |        |                    |
|------|--------|--------------------|
| 受講場所 | 岡山校    | 申込される講座に○を記入下さい    |
| 開講月  | 月 日 開講 | 実務者研修講座 ・ 喀痰吸引研修講座 |

|           |       |             |                       |  |   |
|-----------|-------|-------------|-----------------------|--|---|
| コースNO     | 所属施設名 | 受講者氏名(フリガナ) | 生年月日                  | 保有資格<br>(必要な場合、資格証明書のコピーを添付下さい)  |   |
|           |       |             | S . .<br>H . .<br>(歳) | <ul style="list-style-type: none"> <li>無資格</li> <li>ヘルパー3級</li> <li>ヘルパー2級</li> <li>初任者研修</li> <li>ヘルパー1級</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>介護職員基礎研修</li> <li>介護福祉士</li> <li>正看護師</li> <li>その他( )</li> </ul> |
| 助成金申請 有・無 |       | (携帯番号)      | 正社員 ・ パート、アルバイト       |  |   |
| 金額        | ¥     | 住所 〒        | 請求先                   | 実務経験   |   |
|           |       |             | 法人 ・ 個人               | 年 ヶ月   |   |
| コースNO     | 所属施設名 | 受講者氏名(フリガナ) | 生年月日                  | 保有資格<br>(必要な場合、資格証明書のコピーを添付下さい)  |   |
|           |       |             | S . .<br>H . .<br>(歳) | <ul style="list-style-type: none"> <li>無資格</li> <li>ヘルパー3級</li> <li>ヘルパー2級</li> <li>初任者研修</li> <li>ヘルパー1級</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>介護職員基礎研修</li> <li>介護福祉士</li> <li>正看護師</li> <li>その他( )</li> </ul> |
| 助成金申請 有・無 |       | (携帯番号)      | 正社員 ・ パート、アルバイト       |  |   |
| 金額        | ¥     | 住所 〒        | 請求先                   | 実務経験   |   |
|           |       |             | 法人 ・ 個人               | 年 ヶ月   |   |
| コースNO     | 所属施設名 | 受講者氏名(フリガナ) | 生年月日                  | 保有資格<br>(必要な場合、資格証明書のコピーを添付下さい)  |   |
|           |       |             | S . .<br>H . .<br>(歳) | <ul style="list-style-type: none"> <li>無資格</li> <li>ヘルパー3級</li> <li>ヘルパー2級</li> <li>初任者研修</li> <li>ヘルパー1級</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>介護職員基礎研修</li> <li>介護福祉士</li> <li>正看護師</li> <li>その他( )</li> </ul> |
| 助成金申請 有・無 |       | (携帯番号)      | 正社員 ・ パート、アルバイト       |  |   |
| 金額        | ¥     | 住所 〒        | 請求先                   | 実務経験   |   |
|           |       |             | 法人 ・ 個人               | 年 ヶ月   |   |
| コースNO     | 所属施設名 | 受講者氏名(フリガナ) | 生年月日                  | 保有資格<br>(必要な場合、資格証明書のコピーを添付下さい)  |   |
|           |       |             | S . .<br>H . .<br>(歳) | <ul style="list-style-type: none"> <li>無資格</li> <li>ヘルパー3級</li> <li>ヘルパー2級</li> <li>初任者研修</li> <li>ヘルパー1級</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>介護職員基礎研修</li> <li>介護福祉士</li> <li>正看護師</li> <li>その他( )</li> </ul> |
| 助成金申請 有・無 |       | (携帯番号)      | 正社員 ・ パート、アルバイト       |  |   |
| 金額        | ¥     | 住所 〒        | 請求先                   | 実務経験   |   |
|           |       |             | 法人 ・ 個人               | 年 ヶ月   |   |

●受講申込書受付後、請求書を郵送させていただきますので、指定日までにお振込みをお願い致します。

注)ご入金後のキャンセルの場合、お一人につき¥10,000-のキャンセル料が発生致します。また、開講後のキャンセルの場合は、受講料の返金はございません。ご理解の上お申込みの程、宜しくお願い致します。