

(R4.1.1)

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。

〈お問い合わせ先〉

本社 アイ・サポート・ワークス株式会社

住所 岡山市北区内山下 2-2-2 第7小野ビル3階

TEL : 086-221-2282

メールアドレス : info@i-suppo.com

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	校	申込される講座に○を付けて下さい
開講日	月 日	実務者研修講座 ・ 喀痰吸引等研修講座

コース No	所属施設名	受講者氏名	生年月日	保有資格
		(フリガナ)	S H . .	・無資格 ・ヘルパー3級 ・初任者 ・ヘルパー2級 ・ヘルパー1級 ・介護職員基礎研修
金額	¥	住所 〒		申込種類
助成金申請(法人申込の場合) 有・無		連絡先		法人申込 ・ 個人申込
コース No	所属施設名	受講者氏名	生年月日	保有資格
		(フリガナ)	S H . .	・無資格 ・ヘルパー3級 ・初任者 ・ヘルパー2級 ・ヘルパー1級 ・介護職員基礎研修
金額	¥	住所 〒		申込種類
助成金申請(法人申込の場合) 有・無		連絡先		法人申込 ・ 個人申込
コース No	所属施設名	受講者氏名	生年月日	保有資格
		(フリガナ)	S H . .	・無資格 ・ヘルパー3級 ・初任者 ・ヘルパー2級 ・ヘルパー1級 ・介護職員基礎研修
金額	¥	住所 〒		申込種類
助成金申請(法人申込の場合) 有・無		連絡先		法人申込 ・ 個人申込

●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円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、受講料の返金はできかねます。

ご理解の上お申し込みの程、宜しくお願い致します。