

介護職員初任者研修(通信)

受講申込書(一般)

※下記講座の受講を申し込みます。

申込者氏名	(フリガナ)
	印
住 所	(〒 -)
ご連絡先(電話)	()-()-()
性 別	男 ・ 女
生 年 月 日	平成 年 月 日生

申込日	平成 年 月 日
ご希望コース	() 第1回 平成28年8月9日～平成28年9月14日 () 第2回 平成28年11月6日～平成29年3月4日 () 第3回 平成29年2月1日～平成29年2月23日
	受講希望のコースの()に○印をご記入ください。

問い合わせ先	日本福祉教育専門学校 〒171-0033 東京都豊島区高田3-6-15 電話 03-3982-2800 ファックス 03-3982-5133
--------	---

※受付確認
日付
印

※欄には記入しないこと。

※振り込みに関して

振込金額	受講料	55,000円
テキスト代金		5,400円
合 計		59,500円

振り込み先

みずほ銀行 高田馬場支店

普通預金 2609122

口座名義

日本福祉教育専門学校 理事長 小林光俊
(ニホンフクシキョウイクセンモンガクコウ リジチョウ コバヤシツツ
シ)

※ここに振り込みの控えを
貼り付けてください。

(コピー可)

介護職員初任者研修(通信) 受講申込書(当学園在校生)

※下記講座の受講を申し込みます。

申込者氏名	(フリガナ) <div style="text-align: right;">印</div>
住 所	(〒 -)
ご連絡先(電話)	()-()-()
性 別	男 ・ 女
生 年 月 日	平成 年 月 日生

申込日	平成 年 月 日
ご希望コース	() 第1回 平成28年8月9日～平成28年9月14日 () 第2回 平成28年11月6日～平成29年3月4日 () 第3回 平成29年2月1日～平成29年2月23日
	受講希望のコースの()に○印をご記入ください。

問い合わせ先	日本福祉教育専門学校 〒171-0033 東京都豊島区高田3-6-15 電話 03-3982-2800 ファックス 03-3982-5133
--------	---

※受付確認
日付
印

※欄には記入しないこと。

※振り込みに関して

振込金額 受講料 45,000円

テキスト代金 4500円

合 計 49,500円

振り込み先

みずほ銀行 高田馬場支店

普通預金 2609122

口座名義

日本福祉教育専門学校 理事長 小林光俊

(ニホンフクシキョウイクセンモンガクコウ リジチョウ コバヤシミツシ)

※ここに振り込みの控えを

貼り付けてください。

(コピー可)