

介護職員初任者研修 受講申込書

申込日：令和 年 月 日

令和 年 月 日開講の介護職員初任者研修の受講を申し込みます。

フリガナ 氏名		男・女
生年月日	昭和・平成 年 月 日	歳
住所	〒 -	
電話	携帯() 緊急連絡先()	
勤務先	電話() <small>※演習時のグループ分けの参考にさせていただきます。</small>	

添付：運転免許証や健康保険証などの本人確認書類の写し

【受講の決定】 申込書の提出及び、受講料の納付の確認をもって受講の決定とします。
※申し込みが定員(10名)の半数に満たない場合は休講となります。

【キャンセル料】

開講日より起算	キャンセル料
5日前まで	受講料の20%
3日前まで	受講料の30%
前日	受講料の50%
当日	受講料の100%

※開講中、やむを得ない事情で受講が困難となった場合には、研修事務局へ
辞退届を提出してください。その場合は受講料の返金は致しません。

【お支払い方法】 指定口座にお振込みにてお支払いください。(手数料は受講生負担)

受講料：61,000円(テキスト代・税込み)

振込先：東濃信用金庫 下恵土支店 普通預金 口座番号 0917331

(口座名義)医療法人純真会 理事長安藤文夫(リョウホウジツ ギョウシカイ リジチョウアンドウミオ)

お振込みいただいた旨、お電話でご一報願います。

金融機関の払込受領書をもって領収書に代えさせていただきます。

【研修事務局】 岐阜県可児市下恵土 4061 グリーングリーン2階事務局 担当：後藤・加藤
TEL:0574-60-3460