

【 京都府指定 】
【大津校】 実務者研修 受講申込書

必要事項に記入・○印を付けてください。※印は必ず記入してください。 記入日： 年 月 日

※フリガナ				※性別			
※氏名	(印)			男 ・ 女			
※生年月日	T S H	年	月	日	歳		
※住所	〒 -						備考
※電話番号	()						
FAX番号	()						
※携帯番号	()						
※現在お持ちの介護系資格(いずれかに○)	1 なし ・ 2 ホームヘルパー1級 ・ 3 ホームヘルパー2級 ・ 4 介護職員初任者研修 ・ 5 ホームヘルパー3級 6 介護職員基礎研修 ・ 7 喀痰吸引等研修						
勤務先名							

※受講希望コースNo	第1希望	J -	第2希望	J -	第3希望	J -
※通信方法(いずれかに○)	Web学習コース(e-ラーニング) ・ 筆記通信コース					

教育訓練給付金制度のご利用

教育訓練給付金制度について (申請する ・ 申請しない)

対象者:

- 1 雇用保険を3年以上支払われている方
- 2 雇用保険を1年以上支払われている方で、教育訓練給付制度を初めて利用される方

割引利用

ご紹介者名	修了生 ・ 啓信会職員(いずれかに○)	グループ	2名～4名 ・ 5名様以上(いずれかに○)
	様		代表者名 様
当スクールでの受講歴	あり(受講講座名) ・ なし		PSナンバー <small>(パートナーシップ法人の方のみご記入ください。)</small>

事業所処理欄

受講料

1	一括支払	円	※ 分割ご希望の方はご相談下さい。手数料等はございません。 ※			
	月 日					
2	分割	円	円	円	円	円
	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日

受講No.	受付日	確認書送付	入金日	教材引渡	修了証書写し	選説・学則承諾書	受講料総額	身分証明書	担当者
	/	/	/	/	/	/	円	<input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> その他	
備考									