

2024年度 介護技術講習指導者講習会 受講申込書（キャンペーン用）

申込書はFAX・メール・郵送でご提出ください。

年 月 日

※は必須記入欄です。資格登録証のコピーを必ず一緒に添付してください。

※ 基本情報 ※

※ 氏名	フリガナ	生年月日		性別
		年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
※ 現住所	〒 - フリガナ			
※ 連絡先 <small>連絡をとりやすい番号へチェック</small>	<input type="checkbox"/> 自宅 - -	<input type="checkbox"/> 携帯 - -		
※ 資料等送付方法 <small>※メールは携帯メール不可</small>	<input type="checkbox"/> Eメール @			
	<input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 自宅 ・ <input type="checkbox"/> 勤務先	<input type="checkbox"/> FAX - -		
勤務先	フリガナ	所属部署	連絡先	
※ 講師経験	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	年 ヶ月	資格	<input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 助産師 <input type="checkbox"/> 看護師

※ 受講コース ※

<input type="checkbox"/> 2024年度 第1回 2024年5月14日～2024年5月21日（火曜コース）	<input type="checkbox"/> 2024年度 第2回 2024年12月7日～2024年12月14日（土曜コース）
---	--

受講料

29,800円(税込)
テキスト・資料代含む

※受講料は、受講決定通知後、指定口座へお振込ください。

※ 資格・免許・学位 ※

名称	取得機関	取得年月日
介護福祉士	(財)社会福祉振興・試験センター	

※裏面もご記入ください。

※ 受講要件 (対象資格取得後5年以上の実務に従事した職歴) ※

名 称	教育内容又は業務内容	勤 務 年 数 (例：〇年〇月〇日～〇年〇月〇日)
		～ (年 月)
		～ (年 月)
		～ (年 月)
		～ (年 月)
		～ (年 月)
		～ (年 月)
		～ (年 月)
		～ (年 月)
		～ (年 月)
		～ (年 月)
		～ (年 月)
		～ (年 月)
		～ (年 月)
合 計		職 歴： (年 月)
		教 育 歴： (年 月)

■ 個人情報保護について

当社が定めるプライバシーポリシーに従ってお客様の個人情報を取得及び管理いたします。弊社のプライバシーポリシーにおいては、お客様の個人情報の取得にあたり利用目的を明示又は公表すること、並びに、利用目的の達成に必要な範囲内において個人情報を取り扱うことを定めています。

同意する 同意しない

- お申し込み頂いた氏名・住所等は、修了証発行の際使用致しますので、お間違えないようご記入ください。
- お申込後、受講決定通知をお送りさせていただきます。定員に達した場合受講できない場合がございます。
- 受講人数が最小開講人数に達しない場合、開講を行わない場合がございます。ご了承いただきますようお願い申し上げます。
- 受講決定の際、受講料納入のお知らせをお送り致します。受講料ご入金確認の後、受講票を送付させていただきます。受講票送付先(郵送)が現住所と異なる場合は、必ず資料送付先欄の郵送欄に送付先をご記入ください。
- テキストは、受講日初日にお渡し致します。
- 受講には介護福祉士登録証の写しのご提出が必要となります。申込書と合わせてご提出ください。提出方法は郵送、FAX、E-mail、事業所まで持参のいずれかとなります。
- その他ご不明な点等がございましたら、お気軽に当社へご連絡ください。

申込書送付先	
ウェルアカデミー	
住 所	〒369-1241 埼玉県深谷市武蔵野1801
TEL	048-579-0300 FAX 048-579-0303
E-mail	info.welacademy@gmail.com