

未来ケアカレッジ 受講申込書

この度は当校講座をお申し込みいただき誠にありがとうございます。
必要事項をご記入の上、FAX送信または郵送にてお送りください。

申込日 20 年 月 日

希望講座	<input type="checkbox"/>	介護職員初任者研修	<input type="checkbox"/>	実務者研修
	<input type="checkbox"/>	生活援助従事者研修	<input type="checkbox"/>	介護福祉士 <input type="checkbox"/> 対策講座 <input type="checkbox"/> 直前対策 <input type="checkbox"/> 公開模試
	<input type="checkbox"/>	喀痰吸引等研修 通常 <input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号	<input type="checkbox"/>	AI介護福祉士試験対策講座
	<input type="checkbox"/>	喀痰吸引等研修 医療的ケア修了者 <input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号	<input type="checkbox"/> WEB講義(講義動画) <input type="checkbox"/> WEB演習(一問一答)	
	<input type="checkbox"/>	福祉用具専門相談員指定講習会	<input type="checkbox"/> 模試(自宅) <input type="checkbox"/> 模試(会場)	
	<input type="checkbox"/>	ガイドヘルパー <input type="checkbox"/> 全身性 <input type="checkbox"/> 知的 <input type="checkbox"/> 精神	<input type="checkbox"/>	ケアマネジャー試験対策講座
	<input type="checkbox"/>	同行援護従業者養成研修 <input type="checkbox"/> 一般課程 <input type="checkbox"/> 応用課程	<input type="checkbox"/> 通学 <input type="checkbox"/> WEB講義 <input type="checkbox"/> WEB演習問題	
	<input type="checkbox"/>	行動援護従業者養成研修	<input type="checkbox"/> 模試(WEB) <input type="checkbox"/> 模試(自宅) <input type="checkbox"/> 模試(会場)	
	<input type="checkbox"/>	強度行動障害支援者養成研修 <input type="checkbox"/> 基礎 <input type="checkbox"/> 実践	<input type="checkbox"/>	介護事務講座
	<input type="checkbox"/>	難病患者等ホームヘルパー <input type="checkbox"/> 基礎Ⅰ <input type="checkbox"/> 基礎Ⅱ	<input type="checkbox"/>	登録販売者試験対策講座
<input type="checkbox"/>	レクリエーション介護士2級	<input type="checkbox"/>	未来ケアセミナー()	

希望コース	コース名	教室	月	コース	開講日	年	月	日
	介護過程Ⅲ	教室	月	コース	実務者研修 受講プラン (取得済資格)	<input type="checkbox"/> ヘルパー2級 <input type="checkbox"/> 初任者研修 <input type="checkbox"/> 基礎研修 <input type="checkbox"/> 2級+喀痰 <input type="checkbox"/> 初任者+喀痰 <input type="checkbox"/> 無資格 <input type="checkbox"/> ヘルパー1級 <input type="checkbox"/> 喀痰 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 他()		
	医療的ケア	教室	月	コース				
	専門実践教育訓練給付金の利用予定 ※受講開始日とは、通信学習の開始日として1日または16日が設定されます。 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ⇒ (受講開始日: 20 年 月 1日 ・ 16日)							
レポート提出方法			<input type="checkbox"/> WEB			<input type="checkbox"/> 郵送		

各コース定員制のため、満席の場合はご希望に沿いかねる場合がございます。予めご了承下さい。

受講者様情報	フリガナ		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年齢	歳
	氏名		生年月日	西暦	年	月 日 生
	住所	〒				
	自宅電話	-	-	携帯電話	-	-
	FAX	-	-	E-mail	@	
保有介護資格	<input type="checkbox"/> 初任者研修 <input type="checkbox"/> 介護職員基礎研修 <input type="checkbox"/> ヘルパー2級 <input type="checkbox"/> ヘルパー1級 <input type="checkbox"/> ヘルパー3級 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引等研修1号または2号 <input type="checkbox"/> 同行援護一般 <input type="checkbox"/> ガイドヘルパー視覚 <input type="checkbox"/> 実務者研修 <input type="checkbox"/> 介護福祉士 ※現在受講中の場合 月 日修了予定					
当校を知ったきっかけ	<input type="checkbox"/> シカトル <input type="checkbox"/> ケア資格ナビ <input type="checkbox"/> BrushUp学び <input type="checkbox"/> グースクール <input type="checkbox"/> その他情報サイト() <input type="checkbox"/> Yahoo!で検索 <input type="checkbox"/> Googleで検索 <input type="checkbox"/> 当校で受講したことがある <input type="checkbox"/> 受講生・修了生からの紹介 <input type="checkbox"/> 施設・法人からの紹介 <input type="checkbox"/> 情報誌() <input type="checkbox"/> その他()					
お支払い方法	<input type="checkbox"/> 銀行振込 <input type="checkbox"/> 3回ローン <input type="checkbox"/> 10回ローン ※コンビニ・クレジットカード決済はホームページ申込のみご利用頂けます。					
お支払者	<input type="checkbox"/> 受講者様 <input type="checkbox"/> 受講者様以外			フリガナ		振込名義
※振込名義はご入金確認のために必要です。						

※法人様からのお申込の場合

法人様情報	フリガナ		担当者名	
	法人名		事業所 施設名	
	電話番号	-	FAX番号	-
	住所	〒		申込内容確認書の送付先 <input type="checkbox"/> 受講者様 <input type="checkbox"/> 法人様

事務使用欄	受付日		受講料	
	担当			
	備考			

株式会社E E 21 未来ケアカレッジ	
FAX	06-6363-2403
TEL	0120-16-8351
〒530-0051 大阪市北区太融寺町5-15 梅田イーストビル5F	

※複数講座をご希望の際は、この申込書を複写してご利用ください

