

受講申込書(※締切日:開講3週間前まで)

お申し込み日 年 月 日

FAX 086-221-2283

★受講申込書は、FAX、郵送、メールにてお願い致します。

〈お問合せ先〉

本社 アイ・サポート・ワークス株式会社

住所 〒700-0824 岡山市北区内山下2-2-2 第7小野ビル3F

電話番号 086-221-2282 (平日9:00~16:30)

アドレス isw@produce-i.biz

法人名

施設名

住所 〒

代表者役職・氏名

研修担当者氏名

電話番号

FAX番号

受講場所		講座名 (※1枚につき1講座のチェックをお願いします。)	
岡山校 ・ 校	開講月 月 日 開講	☐ 実務者研修講座(無資格者・ヘルパー3級)	☐ 喀痰吸引等研修講座
		☐ 実務者研修講座(初任者研修・ヘルパー2級)	☐ 医療のケア教員講習会
		☐ 実務者研修講座(ヘルパー1級)	☐ 実務者研修教員講習会
		☐ 実務者研修講座(介護職員基礎研修)	☐ 介護福祉士国家試験対策講座

コース NO	所属施設名	受講者氏名(フリガナ)	生年月日	保有資格 (必要な場合、資格証明書のコピーを添付下さい)			
			S . . H . .	・無資格 ・ヘルパー3級 ・ヘルパー2級 ・初任者研修 ・ヘルパー1級 ・介護職員基礎研修 ・介護福祉士 ・正看護師 ・その他()			
		(携帯番号)	(歳)				
		助成金活用の方のみ 雇用保険被保険者番号				助成金活用	実務経験
		住所 〒				有 (名称:)・無 請求先 法人 ・ 個人	・なし ・あり (年 カ月)
金額	¥						
コース NO	所属施設名	受講者氏名(フリガナ)	生年月日	保有資格 (必要な場合、資格証明書のコピーを添付下さい)			
			S . . H . .	・無資格 ・ヘルパー3級 ・ヘルパー2級 ・初任者研修 ・ヘルパー1級 ・介護職員基礎研修 ・介護福祉士 ・正看護師 ・その他()			
		(携帯番号)	(歳)				
		助成金活用の方のみ 雇用保険被保険者番号				助成金活用	実務経験
		住所 〒				有 (名称:)・無 請求先 法人 ・ 個人	・なし ・あり (年 カ月)
金額	¥						
コース NO	所属施設名	受講者氏名(フリガナ)	生年月日	保有資格 (必要な場合、資格証明書のコピーを添付下さい)			
			S . . H . .	・無資格 ・ヘルパー3級 ・ヘルパー2級 ・初任者研修 ・ヘルパー1級 ・介護職員基礎研修 ・介護福祉士 ・正看護師 ・その他()			
		(携帯番号)	(歳)				
		助成金活用の方のみ 雇用保険被保険者番号				助成金活用	実務経験
		住所 〒				有 (名称:)・無 請求先 法人 ・ 個人	・なし ・あり (年 カ月)
金額	¥						

※受講申込書受付後、請求書を郵送させていただきますので、指定日までにお振込みお願い致します。

注)ご入金後のキャンセルの場合、お一人につき¥10,000-のキャンセル料が発生致します。また、開講後のキャンセルの場合は、受講料の返金はございません。ご理解の上お申込みの程、宜しくお願い致します。

★弊社開講講座のご紹介を受け申し込まれた場合、必ず紹介施設名をご記入ください。実施中の『紹介制度』が利用できる場合があります。

紹介施設名	:	
住所	:	
TEL・FAX番号	: TEL	FAX
施設担当者名	:	