

初任者研修受講申込書

(メインデータ)

申込日 令和 年 月 日

フリガナ 氏名	姓	名	性別	男 ・ 女
フリガナ 住所	〒 -			
マンション名等			電話番号	
携帯電話			メールアドレス	
生年月日			年齢	
※18才未満の方は必ず保護者の方の署名と捺印をお願いいたします。				
保護者署名				印

(サブデータ)

介護経験	無 ・ 有 (年 月)			
広告媒体	<input type="checkbox"/> 職場様からのご紹介 <input type="checkbox"/> ご友人等のご紹介 <input type="checkbox"/> 郵便物を見て <input type="checkbox"/> チラシを見て <input type="checkbox"/> すはま会のホームページを見て <input type="checkbox"/> その他()			
通学方法	<input type="checkbox"/> 車 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> その他()			
※車両通学の場合、車種と車番の記入をお願いいたします。				
車種車番	車種()		車番()	

※以下は医療介護福祉関係にお勤めの方のみご記入ください。

勤務先名				
フリガナ 勤務先住所	〒 -			
勤務先 電話番号			勤務先 FAX	

個人情報の 取り扱いに ついて 注意事項	お客様の個人情報の使用目的は次の通りです。 ①お客様との連絡及び満足度調査 ②キャリアコンサルティング(未就職者のみ) ③学習についてのバックアップ	※左記に了承頂ける方は下記□ にチェックして下さい。
	①スクーリング日程での講習に参加できること ②既納の受講料の返金には応じられないこと	<input type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 確認した

支払方法	<input type="checkbox"/> 現金 <input type="checkbox"/> 振込 支払は一括のみとなります。現金の場合、事前オリエンテーション時のお支払いとなります。
------	---

事務局記入欄 ※こちらの記入は不要です。

申込 処理	/	入金 完了	/	修了書 No.	
----------	---	----------	---	------------	--

社会福祉法人すはま会
FAX番号 0299-82-9283