

アゼリア介護学院 受講申込書

この度は当学院の講座にお申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・郵送・Eメール添付(PDF)にてお送りください 直接のお持込みもお待ちしております
複数講座をご希望、ならびに複数名のお申込みの際は、この申込書をコピーしてご利用ください
当てはまる□に○の記入をお願いいたします

申込日 20 年 月 日

希望講座		希望コース			
<input type="checkbox"/>	介護福祉士実務者研修	<input type="checkbox"/> 伊勢崎校 <input type="checkbox"/> 4月 <input type="checkbox"/> 6月 <input type="checkbox"/> 8月 <input type="checkbox"/> 10月 <input type="checkbox"/> 12月 <input type="checkbox"/> 2月 <input type="checkbox"/> 桐生校 <input type="checkbox"/> 5月 <input type="checkbox"/> 7月 <input type="checkbox"/> レポート提出方法 <input type="checkbox"/> 前橋校 <input type="checkbox"/> 5月 <input type="checkbox"/> 7月 <input type="checkbox"/> eラーニング <input type="checkbox"/> レポート(郵送)			
<input type="checkbox"/>	介護職員初任者研修	<input type="checkbox"/> 4月木曜 <input type="checkbox"/> 8月木曜 <input type="checkbox"/> 12月木曜 <input type="checkbox"/> 2月短期集中 <input type="checkbox"/> 4月短期 <input type="checkbox"/> 8月短期 <input type="checkbox"/> 12月短期 <input type="checkbox"/> 他()			
<input type="checkbox"/>	喀痰吸引等研修	<input type="checkbox"/> 第1回 <input type="checkbox"/> 第2回 <input type="checkbox"/> 第3回 <input type="checkbox"/> 第1号研修 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器装着者 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引等研修基本研修修了者 <input type="checkbox"/> 第2号研修			
<input type="checkbox"/>	福祉用具専門相談員指定講習	<input type="checkbox"/> 第1回 <input type="checkbox"/> 第2回			
<input type="checkbox"/>	強度行動障害支援者養成研修	<input type="checkbox"/> 第1回 <input type="checkbox"/> 第2回 <input type="checkbox"/> 第3回 <input type="checkbox"/> 第4回 <input type="checkbox"/> 基礎研修 <input type="checkbox"/> 実践研修 <input type="checkbox"/> テキスト			
<input type="checkbox"/>	医療的ケア教員講習会	<input type="checkbox"/> 第1回 <input type="checkbox"/> 第2回 <input type="checkbox"/> 第3回			
<input type="checkbox"/>	レクリエーション介護士2級	<input type="checkbox"/> 6月 <input type="checkbox"/> 12月			
受験対策	<input type="checkbox"/> ケアマネジャー	<input type="checkbox"/> 対策講座 A・B・C <input type="checkbox"/> 第1回模擬試験 <input type="checkbox"/> 第2回模擬試験 <input type="checkbox"/> テキスト			
	<input type="checkbox"/> 介護福祉士	<input type="checkbox"/> 対策講座 <input type="checkbox"/> 第1回模擬試験 <input type="checkbox"/> 第2回模擬試験 <input type="checkbox"/> テキスト			
所持資格	<input type="checkbox"/> 無資格 <input type="checkbox"/> 介護職員初任者研修 <input type="checkbox"/> ヘルパー2級 <input type="checkbox"/> ヘルパー1級 <input type="checkbox"/> 介護職員基礎研修 <input type="checkbox"/> 介護福祉士実務者研修 <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引等研修 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 他 ()				

受講者様情報	ふりがな		性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年 齢	歳
	氏 名		生年月日	年 月 日生		
	住 所	〒				
	自宅電話	-	携帯電話	- -		
	F A X	-	E-mail	@		

お支払方法	<input type="checkbox"/> 現金 <input type="checkbox"/> 振込	
お 支 払 者	<input type="checkbox"/> 受講者様 振込名義 <input type="checkbox"/> 法人様	
	※振込名義はご入金確認のために必要です	
受講決定通知書等の送付先/方法	<input type="checkbox"/> 受講者様 <input type="checkbox"/> 法人様 <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> E-mail	

法人様情報	ふりがな		ご担当者名	様
	法人名		事業所名	
	住 所	〒		
	電 話	-	E-mail	@
	F A X	-		

事務使用欄	受付日	年 月 日
	受講料	円
	備 考	

アゼリア介護学院

〒379-2204 群馬県伊勢崎市西久保町3丁目762-1 2F

TEL 0120-61-5932

FAX 0270-61-5934

E-mail info@azalea-kaigo.jp

URL https://azalea-kaigo.jp

