受講申込書

下記項目を全てご記入ください。　　申込日：　　年　　月　　日

お申込み講座名 希望コースNo.	□生活援助従事者研修	(開講日	年	月	日)
	□介護職員初任者研修	(開講日	年	月	日)
	□実務者研修	(開講日	年	月	日)
	□ガイドヘルパー	(開講日	年	月	日)
	□同行援護従事者研修	(開講日	年	月	日)
	□強度行動障害支援者養成研修	(開講日	年	月	日)

ふりがな		性　別
お名前		男　・　女
生年月日	昭和　・　平成　　年　　月　　日（　　歳）	
住　所	〒　　－	
電話番号	□自宅　□携帯電話　□職場（　　）※日中連絡可能な番号をご記入ください	
講座を知ったきっかけ	□ホームページ　□DM　□Facebook　□ハローワーク □別講座の修了者　□修了者からの紹介 □麻生介護サービス(株)の社員からの紹介　（紹介者氏名：　　） □麻生介護での就業予定者　□その他（　　）	
資格の有無 該当の資格に☑	□なし □介護福祉士　□社会福祉士　□実務者研修　□介護職員初任者研修 □介護職員基礎研修　□ホームヘルパー１級　□ホームヘルパー２級 □ガイドヘルパー（□全身性　□視覚） □その他（　　）	
割引区分 いずれかに☑	□学生割引　（学　校　名：　　） □修了者割引　（受講講座名：　　） □修了者紹介割引（紹介者氏名：　　） □グループ割引　（ご一緒に受講される方：　　） □その他	

※受講料の納付(振込)予定日を必ずご記入ください。
※法人名や事業所名など、振込名義がお申込者と異なる場合は振込名義を必ずご記入ください。

受講料納付(振込)予定日	月　　日	受講料	円
		振込名義	

ＦＡＸまたは郵送でお申込みください。

〒812-0011 福岡市博多区博多駅前３丁目27-22-6Ｆ　麻生介護サービス(株) 養成事業 宛て

FAX 092-452-7714