

実務者研修講座 受講申込書

◆申込方法:FAX または郵送してください。

FAX 送信先

042-314-1052

申込日	★ 年 月 日	※記入項目と該当項目の□に✓を記入してください。			
フリガナ	★	生年月日	S・H	年 月 日生	
氏名	★	性別	男・女	年齢	満 才
現住所	〒 ★				
電話番号	★ ()	FAX 番号	()		
携帯番号	★ ()	メールアドレス	★		
ご職業★	<input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 主婦 <input type="checkbox"/> アルバイト・パート <input type="checkbox"/> 福祉施設職員 (業種) <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> 求職中 <input type="checkbox"/> その他 () (経験年数 約 年)				

★は必ず記入してくださいね!

★希望コース (介護課程)	第1希望	()年()月()日開講()曜日コース		
	第2希望	()年()月()日開講()曜日コース		
★希望コース (医療的ケア)	第1希望	()年()月()日開講()曜日コース		
	第2希望	()年()月()日開講()曜日コース		
お支払方法 ※振込手数料はお客様負担となります	<input type="checkbox"/> 一括払い ※消費税込みの金額になります。 <input type="checkbox"/> 分割払い ※お支払回数をお選び下さい。(<input type="checkbox"/> 2回払い ・ <input type="checkbox"/> 3回払い) ※消費税込みの金額より分割になります。			
受講料金☆ (保有資格)	<input type="checkbox"/> 無資格・未学習の方	450時間コース	受講料 (テキスト代込)	128,000円 (税込)
	<input type="checkbox"/> ヘルパー3級	420時間コース		
	<input type="checkbox"/> ヘルパー2級 <input type="checkbox"/> 介護職員初任者研修	320時間コース		90,000円 (税込)
	<input type="checkbox"/> ヘルパー1級 <input type="checkbox"/> 介護職員基礎研修	95時間コース 50時間コース	受講料+ [テキスト代] 14,080円	68,000円 (税込) 36,000円 (税込)
一般教育訓練 給付金	<input type="checkbox"/> 一般教育訓練給付金 申請予定			
割引 ※割引の併用は できません。	<input type="checkbox"/> グループ割引 (-2,500円) 【同時申込者名: _____】 <input type="checkbox"/> 修了生からの紹介割引 (-2,500円) 【紹介修了生名: _____】 <input type="checkbox"/> 修了生割引 ※修了生割引につきましては別紙にてご確認下さい。 <input type="checkbox"/> 友達紹介割引 (-2,500円) (同時申込者名: _____) ※当校修了生同士は適用しません。(友人・職場等) ※修了生割引と紹介割引は併用可。			
必要添付書類	資格を取得されている方は、お持ちの資格証のコピーを添付して下さい。 ※修了証氏名が本申込書と違う場合(旧姓など)は、同一人物であると証明できる書類を添付して下さい。			

申込書は弊社へ FAX、して下さい。下記の事項をお読みの上、ご了承いただけましたらご署名下さい。

※【開講後のキャンセルの場合】受講料及びテキスト代の返金は使用、未使用にかかわらずできません。分割払い希望での開講後のキャンセルの場合、未払い分をその時点でお支払頂きます。

※【開講前のキャンセルの場合】テキスト発送前であれば、受講料・テキスト代より事務手数料 2,000円と振込手数料をお引きした金額でご返金させていただきます。テキストがお手元に届いた後の場合、テキストをご返送確認後に受講料・テキスト代より事務手数料 2,000円と振込手数料をお引きした金額でご返金させていただきます。キャンセルの場合、必ず開講日5日前までにご連絡頂きますようお願いいたします。

株式会社 AS 教育センター FAX: 042-314-1052

TEL: 042-314-1051

☆確認致しました。 署名: _____