

受講申込書

株式会社わかさキャリアコンシェルジュ わかさ福祉カレッジ 水戸校

申込締切日以降にキャンセルする場合、受講料返金がない旨を了承致します。

研修開始後にキャンセルする場合、受講料全額をお支払い致します。

私は、上記を理解し承諾した上で受講申込みを致します。(ご理解・承諾頂けましたらをお願い致します。)

フリガナ				申込日	令和元年	月	日	
申込者氏名	印							
住所	〒 —							
TEL			FAX					
携帯電話								
生年月日	S・H	年	月	日	性別	男	・	女
勤務先	事業所名							
	住所	〒 —						
	TEL			FAX				
※未成年の場合	受講にあたり、保護者が記名・捺印の上、承諾いたします。							
	保護者氏名			保護者の受講同意印				

<サブデータ>

実務経験	※5年以上であること。有 (年 月 日)
保有資格	医師 ・ 保健師 ・ 助産師 ・ 看護師
広告媒体	<input type="checkbox"/> チラシをみて【HP ・ DM ・ FAX ・ ポスティング ・ 他 ()】
	<input type="checkbox"/> 友人の紹介【紹介者名: ()】 <input type="checkbox"/> その他 ()

<申し込み詳細>

受講場所	株式会社わかさキャリアコンシェルジュ わかさ福祉カレッジ水戸校		
受講希望日	医療的ケア(喀痰吸引等)教員講習会	開催日(令和元年6月開催日)	
		<input type="checkbox"/> 6/3 <input type="checkbox"/> 6/11 <input type="checkbox"/> 6/17 <input type="checkbox"/> 6/25	
通学方法	<input type="checkbox"/> 車	<input type="checkbox"/> バス	<input type="checkbox"/> その他 ()
※車で通学の場合	車種 ()	車番 ()	

<事務処理欄>

受講料	円	(内訳)	支払方法	<input type="checkbox"/> 現金 (一括 ・ 分割)
テキスト代	円			<input type="checkbox"/> 振込 (月 日)
補助額	円	奨学金(助成金)制度		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
お支払合計額	円	分割金	条件	
		条件		

申込処理	入金完了	修了証No.	備考
/	/		