

実務者研修 受講申込書



ソラスト 教育事務局 行

私は、下記の項目(☆印)に同意し、受講を申し込みます。

フリガナ		記入日	西暦	年	月	日
氏名	(印)	性別	男 ・ 女			
住所	〒 - - ※ 建物・マンション名までご明記ください。					
自宅	- -	携帯	- -			
E-mail	@					
保護者氏名	(印)	※ 受講される方が18歳未満の場合は、保護者のご署名とご捺印をお願い致します。				

教室・クラス	教室名	スクーリング開始日	クラス名
	教室	月 日	クラス

保有資格	<input type="checkbox"/> 介護職員基礎研修 <input type="checkbox"/> 訪問介護員1級課程 <input type="checkbox"/> 訪問介護員2級課程 <input type="checkbox"/> 介護職員初任者研修
------	--

※訪問介護員2級課程(ヘルパー2級)もしくは初任者研修修了者以上の募集となります。

支払方法	<input type="checkbox"/> 一括	※郵便振替・コンビニエンスストアどちらでもお支払い可能な払込用紙をお送りします。
	<input type="checkbox"/> 分割	<input type="checkbox"/> 3回 <input type="checkbox"/> 6回 <input type="checkbox"/> 10回 <input type="checkbox"/> 12回 <input type="checkbox"/> 15回 <input type="checkbox"/> 18回 <input type="checkbox"/> 20回 <input type="checkbox"/> 24回 <input type="checkbox"/> 30回 <input type="checkbox"/> 36回

※50時間コース(介護職員基礎研修修了者):10回まで、95時間コース(訪問介護員1級修了者):24回まで

給付金制度	<input type="checkbox"/> 教育訓練給付金制度を利用希望 <input type="checkbox"/> 自立支援教育訓練給付金制度を利用希望
-------	---

受講申込の きっかけ	<input type="checkbox"/> インターネット検索	<input type="checkbox"/> 新聞	<input type="checkbox"/> 折込広告	<input type="checkbox"/> 雑誌
	<input type="checkbox"/> フリーペーパー	<input type="checkbox"/> 案内書を見て	<input type="checkbox"/> ソラストに来校して	<input type="checkbox"/> 当社の電話対応
	<input type="checkbox"/> 友人・知人からの紹介	<input type="checkbox"/> 勤務先・学校・ハローワークからの紹介	<input type="checkbox"/> 当社からのDMを見て	
	<input type="checkbox"/> ソラスト受講生・修了生からの紹介	<input type="checkbox"/> その他()		

以下の内容を、ご理解ならびにご同意のうえで、受講申込みを行ってください。

- ☆ お申込みいただく場合には、受講申込書に必要事項をすべてご記入・ご捺印の上、資格証のコピーと一緒にファックス、または、郵送でお送りください(ファックス・郵送先については、案内書をご確認ください)。
- ☆ 申込み締切日直前のクラスへお申込みの場合は、下記フリーコールまで必ずお電話ください。
ご希望クラスが定員に達した場合、他のクラスへおまわり頂くこと等もございますのでご了承ください。
- ☆ 個人情報はお申込み頂きました対象講座受講手続きの利用目的以外に、ダイレクトメール、電話等で講座のご案内をさせて頂く場合があります。業務の一部を外部委託する場合があります。本件に関するお問い合わせ等は、下記フリーコールまでお願いいたします。
なお、個人情報は予めご本人様に同意を得ることなく、第三者に提供することは一切ございません。
- ☆ 個人情報の開示要求、および開示の結果、内容に誤りがある場合の修正・削除、ならびに利用または提供の停止をご希望の方は、下記フリーコールまでご連絡ください。

0120-33-5533

<http://solasto-learning.com/>

会社記入欄	受講番号	
	受講料	