

# (株)ケアサービスひかり 実務者研修申込書(霞共益会館)

申込日 年 月 日

フリガナ		生年月日	S・H	年	月	日生
氏名		性別	男・女	年齢	満	歳
住所	〒  (マンション名等もご記入ください)					
電話番号		メールアドレス				
携帯電話						
取得済資格・研修	<input type="checkbox"/> 無資格(213,500円) <input type="checkbox"/> ヘルパー2級取得者(150,000円) <input type="checkbox"/> 介護職員初任者研修修了者(150,000円) ※資格・研修を取得されている方は、本紙と一緒に資格・修了証のコピーも提出してください。					
お支払方法	<input type="checkbox"/> お振込 <input type="checkbox"/> 現金を持参					
希望受講コース	<input type="checkbox"/> 令和5年4月1日～9月30日 (スクーリングは、6/4 6/18 7/2 7/16 7/30 8/13 8/27 9/3 9/17 9/24)					
連絡事項がございましたらご記入ください						

受講料振込先: 青梅信用金庫 羽村支店 普通口座 口座番号0232399

(株)ケアサービスひかり 代表取締役 粕谷正幸

振込手数料は受講者負担となります。なお支払回数は相談に応じます。

受講料届け先 〒205-0001 東京都羽村市小作台1-3-9宇津木ビル201

問合せ先 (株)ケアサービスひかり TEL:0120-658-992 TEL:042-570-7078

FAX042-570-7447 担当:粕谷(090-9389-0495)

**申込書は、弊社へFAXまたは、ご郵送下さい。**

講座を申し込みされた方の個人情報は、講座の受講を円滑に行うため、受講中または受講後のアンケート調査のため、関連の講座等その他のサービスに関する案内、資料送付のためにご提供いただきます。

弊社の個人情報保護規定に基づき厳重に管理し、他の目的には使用いたしません。