

(株)グローリアツウェンティーン  
介護福祉士 実務者研修(通信過程) 受講申込書

下記をご記入ください。

FAX送信先：052-354-3211

お申込み日	年 月 日	入講希望コース	2020年 月開講コース
※下記に該当する場合は✓を入れてください。お値引きの対象になることがあります。			
<input type="checkbox"/> 愛知介護美容職業訓練校 ご卒業生 (H・R 年 月) <input type="checkbox"/> 愛知介護美容研究会 会員様 (事業所名: 様)			
氏名	ふりがな		
生 年 月 日	昭和・平成 年 月 日 (満 歳) 男・女		
自 宅 所	〒 - ※送付物が届かない場合もありますのでアパート等の名称等できるだけ詳しくご記入下さい。		
自 宅 TEL		携 帯 TEL	
e-mail アドレス	@	携 帯 用 e-mail アドレス	@
勤 務 先 名 称	ふりがな		
介護職員経験年数	サービス職種: _____ 勤務年数: _____ 年 _____ 月 サービス職種: _____ 勤務年数: _____ 年 _____ 月		
取 得 科 目	<input type="checkbox"/> 介護職員養成研修(旧ヘルパー)( ) 級過程 <input type="checkbox"/> 介護初任者研修修了過程 <input type="checkbox"/> その他 医療や介護に係る資格( )		
車 両 ナンバー	※お車で越しの場合は必ず車両ナンバーをご記入ください。	この講座をどのようにして知りましたか?	<input type="checkbox"/> ホームページを見て <input type="checkbox"/> 知人の紹介 <input checked="" type="checkbox"/> 勤務先の紹介 <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> チラシをみて <input type="checkbox"/> 当校からのDMみて <input type="checkbox"/> 資料請求サイト
助成金等の活用	<input type="checkbox"/> 教育給付金制度(管轄: ハローワーク) <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 名古屋福祉人材育成事業(問い合わせ: お勤めの事業所様) <input type="checkbox"/> キャリア形成助成金制度(問い合わせ: お勤めの事業所様)		
お支払い方法	<input type="checkbox"/> 全額一括払い( <input type="checkbox"/> 現金 <input type="checkbox"/> お振込み: 振り込み手数料をご負担ください) <input type="checkbox"/> 分割払い(集金代行システムの活用) ※詳細は担当者へご確認ください。		

～ 申込書の記載内容は、当社が行う研修事業以外の目的では使用しません。～

※駐車場をご利用いただく際は、縦列駐車でご利用ください。場内の事故は責任を負いかねます。

※開講月の1日が入校日となります。以降は受講料が発生します。ご注意ください。

※入校に必要なお持物は、本書收受後、学校より送付させていただきます。

※入校オリエンテーション時、身分が確認できる書類の提示。

反社会勢力でない旨を誓約する書類へサインをお願いします。

上記注意事項※を一読し、納得した上で研修を申し込みます。

(株)グローリアツウェンティーン  
介護福祉士 実務者研修通信課程  
〒454-0927  
名古屋市中川区打中2-105  
愛知介護美容職業訓練ビル内  
TEL 052-354-6211  
FAX 052-354-3211