

(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	令和5年 月 日	入講希望コース	2023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			
自宅住所	〒 - ※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 ※必須※	@	
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	※お車でお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 ( )	
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日をご入校日となります。以降は受講料が発生します。ご注意ください。  
 ※ご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