

(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	2024年 月 日	入講希望コース	2024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：			
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（ ）	<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、縦列駐車で譲りあってご利用ください。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
名古屋市千川区打中2-105
愛知介護美容職業訓練ビル内
TEL 052-354-6211
FAX 052-354-3211