

# 介護職員初任者研修 受講申込書

◇ 医療法人社団喜桜会

■必要事項をすべてご記入のうえ、FAX または 郵便にてお送りください。

FAX No. … **03-5998-3849**

ご郵送 … 〒174-0075 東京都板橋区桜川 3-23 コモディイイダ 2F  
医療法人社団喜桜会 初任者研修事業部 宛

フリガナ			申込日	
氏名			年	月 日
生年月日	年	月	日 ( 歳)	性別 1. 男 2. 女
ご住所 (教材の送付先)	〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		都道府県	
電話番号	( )	FAX	( )	
携帯電話番号	( )			
E-Mail				
現在のご職業	1.介護職員 2.会社員 3. パートアルバイト 4.学生 5.無職 6.その他( )			
介護分野への就職について	1.資格取得後すぐ働きたい 2.学習しながら考える 3 今のところ考えていない 4.すでに働いている 5.その他( )			

## < クーリングオフについて >

お申込後8日以内であれば、理由に関わらずキャンセルできます。(取消料不要)  
但し、教材のご返送の際は、送料をご負担ください。  
また、受講料ご返金の際の手数料はご負担ください。

## < 受講料のお支払について >

銀行振込にてお願いいたします。  
お申込確認後、振込先口座をご案内いたします。  
恐れ入りますが、振込手数料はご負担ください。

## < お問い合わせ先 >

東京都板橋区桜川 3-23 コモディイイダ 2F  
医療法人社団喜桜会

TEL 03-5998-5525