受　講　申　込　書

（ 通信課程 ）

(株)オガワ　御中

介護福祉士実務者研修に申し込みます。

※印は記入必須項目です　　※ 申込日　　年　　月　　日

受講者名※	ふりがな	性　別	生　年　月　日※
		男　・　女	昭和　・　平成　　西暦（　　）
			年　　月　　日（　　歳）
住　所※	〒　　－		自宅TEL： 携帯TEL※：
メールアドレス※	@		
勤務先※	住所	〒　　－	TEL： FAX：
	名称		

コース選択 保有資格※	保有資格	受講時間	受講料 （ﾃｷｽﾄ代込・税込）	希望コースに〇を記入
	資格なし	450時間	114,300円	
	初任者研修	320時間	82,980円	
	ﾎｰﾑﾍﾙﾊﾟｰ2級	320時間	81,000円	
	ﾎｰﾑﾍﾙﾊﾟｰ1級	95時間	64,400円	
	基礎研修	50時間	22,420円	

施設駐車場※	（　　）利用する　　（　　）利用しない
貸付金等※	（　　）利用する　　（　　）利用しない　　※栃木県社会福祉協議会にて実施している制度です。案内書にURLが載ってます。
当講座を知ったきっかけ※	新聞広告　・　配布チラシ　・　インターネット 紹介（紹介者名：　　）　・　その他（　　）
研修修了後の就労予定※	（ ） ① 現在介護施設・事業所を探している （ ） ② 既に介護施設・事業所で介護業務に携わっている （ ） ③ 修了後、介護施設・事業所に就職予定がある

・受講料（返納）について※

開講日の7日前（開講日含まず）以降キャンセルにつきましては、

受講料返還請求には一切応じることができません。

（受講態度が著しく悪く、当法人の判断において受講の停止を命じた場合も同様）

・私は上記内容について説明を受け、これに同意します。

氏名

※知り得た個人情報は、当講座管理業務の目的以外で使用いたしません。

☐　同意します※