

介護職員初任者研修講座申込・資料請求用 FAX 用紙

※ まずこの画面を A4 サイズの用紙でプリントアウトして頂き、お申込または資料請求のどちらかに丸をつけて下さい。お申込の方は黒枠内すべて記入し資料請求の方は太枠の中のみ記入してそのまま当学院に FAX してください。

- ★ 資料請求の方の連絡先は任意記入とさせて頂いております。
- ★ お申込の方は連絡先で記入できる連絡先を必ず記入して下さい。（下記にある3つの連絡先全て記入しなくても大丈夫です。）

FAX 番号：048-589-2600

申込

資料請求

希望受講クラス	() コース		
ふりがな 氏 名		性別	男 ・ 女
自宅住所	(〒 -) 都 ・ 県		
連絡先	自宅 TEL		
	携帯 TEL		
	メール		
生年月日	年	月	日 (才)
勤務先・学校		職種	
御紹介者氏名	(御紹介者がいらっしゃる方のみご記入下さい)		
保護者氏名	(20才未満の方はご記入お願い致します)		
お支払い方法	一括 ・ 2回払い ※いずれかに○をつけてください。		

※当学院で知り得た個人情報につきましては、資料をお送りする場合やお申込の確認など当学院に必要な目的以外で使用することはありません。

また、当学院では知り得た個人情報は厳重に保管・管理しております。

(有)すずらん 明誠福祉専門学院

〒360-0201 埼玉県熊谷市妻沼515-1

TEL048-589-2567 FAX048-589-2600