

## フォローアップ研修 受講申込書

受講案内の記載内容について理解の上、受講を申し込みます。

太枠内の必要事項に記入・○印を付けてください。 ※印は必ず記入してください。

記入日: 令和 年 月 日

※ フリガナ				※ 性別		
※ 氏名	(印)			男 ・ 女		
※ 生年月日	S ・ H	年	月	日	歳	
※ 住所	〒 -					備考
※ 電話番号	( )					
FAX番号	( )					
※ 携帯番号	( )					
勤務先名				実務経験年数	年	ヶ月

※受講希望研修 (いずれかに○)	<input type="checkbox"/> 認知症	<input type="checkbox"/> 介護予防	<input type="checkbox"/> 摂食嚥下障害
---------------------	------------------------------	-------------------------------	---------------------------------

割引利用			
当スクール 受講歴	あり・なし (いずれかに○) (受講講座: )	ご紹介者名	修了生・啓信会職員 (いずれかに○) 様
パートナーシップ ナンバー	P	支払方法 (いずれかに○)	法人払い ・ 個人払い

### 【事務処理欄】

受講料							
総額	円	月	日	円	月	日	円
入金完了日	/	一括	現金・振込	分割	現金・振込	現金・振込	現金・振込
			領収証No.		領収証No.	領収証No.	領収証No.
確認事項・提出物等							
受講生No.	受付日	確認書送付日	身分証	備考			担当者
	/	/	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> その他				