

FAX 送信先 06-6389-0627

令和 年 月 日

受講申込書

私は介護職員初任者研修の受講を申し込みます。

フリガナ 氏 名	印
住 所	〒
電話番号	
FAX番号	
携帯電話	
生年月日	S・H 年 月 日
※ 受講にあたって特に配慮してほしい点などをお書きください。	

～ 事務局記入欄（下記の欄には記入しないでください。）～

受付日	ご入金日	通知日	備考欄
/	/	/	

【振込先】 りそな銀行 吹田支店 普通口座 口座番号 0227680

社会福祉法人さつき福祉会 介護職員初任者研修 代表 鴨井 健二

- ※ 受講料は48,000円です。振込手数料はご負担ください。
- ※ 申込書送付と受講料を振込いただいて申込完了です。完了いただいた方に受講通知書を送付します。
- ※ いったんお振込いただきました受講料は、原則お返しできませんので、あらかじめご了承ください。
- ※ 個人情報保護法に基づき、皆さまの個人情報につきましては、介護職員初任者研修事業実施事務において使用するものとし、他の目的には一切使用いたしません。