

# 実務者研修

## 受講申込み書

FAX・郵送兼用

ステップアップ&キャンペーン価格にてのお申込み

申し込み日 平成 年 月 日

フリガナ			
氏名	生年月日	昭和	年 月 日 ( ) 歳
	性別	平成	1: 男 2: 女
郵送先	法人からお申込みされる場合は、受講者本人様の情報を記入頂き、法人情報の記入もお願いします <input type="checkbox"/> ご本人様住所 <input type="checkbox"/> 法人住所		
住所 (受講者本人)	〒 - 都・道 府・県 市・郡		
TEL	( ) -	FAX	( ) -
携帯TEL	- -	メールアドレス	※できるだけ記入おねがいます。
住所 (法人) 個人でのお申込みの場合 記入不要	〒 - 都・道 府・県 市・郡		法人名
TEL	( ) -	FAX	( ) -
メールアドレス	担当者名		
所持資格 ※(資格証のコピーの提出が必要になります)	<input type="checkbox"/> 所持資格なし <input type="checkbox"/> ホームヘルパー3級 <input type="checkbox"/> ホームヘルパー2級 <input type="checkbox"/> ホームヘルパー1級 <input type="checkbox"/> 介護職員初任者研修 <input type="checkbox"/> 介護職員基礎研修		<input type="checkbox"/> ステップで資格取得の方のみ(修了証番号を下記に記入願います) 修了証番号 第 号
	<input type="checkbox"/> 他校にて資格取得(ステップ以外の養成校)		
現在の職業	<input type="checkbox"/> 介護関係(1.訪問介護 2.施設 3.デイサービス) <input type="checkbox"/> その他の職業		
受講希望講座	コース (全日/夜間)	開講日	平成 年 月 日
支払方法	<input type="checkbox"/> 一括払い		<input type="checkbox"/> 3回分割払い
	<input type="checkbox"/> 2回分割払い		<input type="checkbox"/> 4回分割払い
備考欄			

★ FAX番号 : 086-212-0321 (お問い合わせTEL 086-212-1270)

★ 郵送先 : 〒700-0903 岡山市北区幸町9-22 樹宝マンション2F  
 (株)ステップ 岡山駅前校 宛