

# 初任者研修

FAX・郵送兼用

## 受講申込書

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)	〒 -		
TEL	( ) -	FAX	( ) -
携帯TEL	- -	メールアドレス	※できるだけご記入おねがいたします
(法人) 住所 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		
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 講座番号	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"/> 2回分割払い	<input type="checkbox"/> 3回分割払い <input type="checkbox"/>	
備考欄	※ 法人からのお振込みの場合はご使用される口座ご名義をご記入下さい  <b>応援特割 69,700 (消費税込み)</b>		

★ 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

