

FAX送信

ライフハーモニー介護スクール講座

参 加 申 込 書

必要事項をご記入の上、送信ください。
各講座の締め切り日以降のお申込みにつきましては、お電話での確認をお願い致します。

FAX送信先：072-268-5201

ライフハーモニー介護スクール 担当者

ご希望のコースの番号に○をお付けください。

| | | |
|---|-----------------|-----------|
| 1 | 初任者研修（通信コース） | |
| 2 | 実務者養成研修（通信コース） | 無資格 |
| 3 | 実務者養成研修（通信コース） | ヘルパー2級修得済 |
| 4 | 実務者養成研修（通信コース） | 初任者研修修得済 |
| 5 | 喀痰吸引等第3号研修 | |
| 6 | ケアマネジャー試験対策集中講座 | |
| 7 | 医療的ケア教員講習会 | |
| 8 | 介護福祉士国家試験直前対策講座 | |
| | | |

開校日

月

日



必ずご記入願います。

お客様情報記入欄

| | | | |
|---------------------------|---|----|--|
| フリガナ | | 年齢 | |
| お名前 | | 職業 | |
| ご住所 | 〒 | | |
| 電話番号 | | | |
| 携帯番号 | | | |
| E-mail | | | |
| 入金方法 (いずれかに○日付を記入願います) | 1 当日支払（現金のみ） 2 口座振込（お申し込み後振込先を連絡いたします） | | |

※お申込みいただきました氏名等の個人情報、今回の研修以外の目的では使用致しませんので、ご安心ください。

※最低実施人数に満たない場合は、実施を見合わせる可能性がありますので、予めご了承ください。

※感染症等の状況により、募集の人数制限をさせていく場合がございます。あしからずご了承ください。