



まなぶところ 御はつ

講座申込書

[お申込み日/方法] 20 年

月 日 / HP・電話・FAX・来訪

受講希望講座

*下記の該当欄に チェック および 印をつけ、必要事項をご記入ください 介護職員初任者研修(開講 年 月 日 / 週 1・2・3 回 / 出雲 大田)
(予定日 予定日 松江 浜田)→ 受講料無料の[0コース]希望 (*条件があるため、要相談) 福祉用具専門相談員(開講 年 月 日 / 毎週 曜日 / 出雲)
(予定日 予定日 松江)

ふりがな	性別	男	昭和	年	月	日
お名前	性別	女	平成	年	月	日
ご住所	〒 - (マンション名等も記載願います)					
電話番号	()	FAX 番号	()			
携帯番号	()	メールアドレス				
保護者署名*	印	※18歳未満の方は必ず保護者の署名と捺印をお願いいたします。				
お支払方法	<input type="checkbox"/> お振込：お支払口座 → <input type="checkbox"/> 本人名義 / <input type="checkbox"/> その他お勤め先等の名義() <input type="checkbox"/> 現金 (ご持参)：日時について要事前ご連絡 ※分割払い等ご希望の場合はご相談ください					
一般教育訓練給付制度	<input type="checkbox"/> 利用を希望する場合はチェック		※条件がありますので、利用可能かは管轄のハローワークにお問合せください。受講者ご本人が支払う場合に限りです。			
この講座を何でお知りになりましたか?	<input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> Facebook <input type="checkbox"/> パンフレット <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> 広告(折込チラシ) <input type="checkbox"/> 知人の紹介 <input type="checkbox"/> 職場の紹介 <input type="checkbox"/> その他 ()					
お勤め先						
備考	質問、ご要望等ございましたらご記入ください					

■まなぶところ御はつでは、講座の申し込みをされた方の住所・氏名・電話番号及びe-mailアドレスなど、個人を識別できる情報(個人情報)を、次の目的でご提供しており、弊社の個人情報保護規定に従い厳重に管理し他の目的には使用いたしません

- ・ 講座受講を円滑に行うため
- ・ 受講中または受講後の就職(進路)または転職に関する情報提供、アンケート調査のため
- ・ 受講中の講座カリキュラム、講師、講座運営に関するアンケート調査のため
- ・ 関連の講座等その他サービスに関する案内、資料送付のため

FAX【24時間受付】
0853-25-8978

株式会社 おはつ
〒693-0051 島根県出雲市小山町63番地
Tel 0853-25-8976
Fax 0853-25-8978