

ウェルサークル 介護福祉士実務者研修 受講申込書（法人用）

当法人および受講生は、ウェルサークル介護福祉士実務者研修の受講を申し込みます。

申込にあたり、学則に同意致します。

同意します ※チェックのない場合、申込受付はできません。

申込法人	法 人 名 ㊟	
	住 所	
	T E L	
	ご 担 当 者	
	支 払 方 法 <input type="checkbox"/> 振込 <input type="checkbox"/> 現金持参	
	請 求 書 <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要	
受講者情報	フリガナ	性別
	氏 名 ㊟	男 ・ 女
	生年月日（西暦） 年 月 日 （ 歳）	
	住 所（〒 - ） <div style="text-align: right; font-size: small;">※マンション名等正確に記入ください</div>	
	T E L ※繋がり易い番号を記入ください	
	M a i l	
	保有資格 <input type="checkbox"/> 資格なし <input type="checkbox"/> ヘルパー 2 級 <input type="checkbox"/> 介護職員初任者研修 <input type="checkbox"/> ヘルパー 1 級 <input type="checkbox"/> 介護職員基礎研修 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引等研修 <input type="checkbox"/> 認知症実践者研修	

ウェルサークル記入欄

受付日	年 月 日	受講番号	
-----	---	------	--