

## 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、受講申し込みにあたり学則に同意致します。

--

※同意いただけない場合、申込受付はできません。

申込コース	開講
-------	----

申込法人	法人名							
	施設名							
	施設所在地	〒						
	ご担当者	役職名				氏名		
	連絡先	TEL				Mail		
	支払	支払方法						
請求書					領収書			

受講者	フリガナ						性別		
	氏名								
	生年月日	西暦	年	月	日				
	住所	〒							
		<small>※マンション名など正確に記入ください</small>							
	連絡先	TEL							
		Mail							
	保有資格	①			②			③	
通学方法									
職歴	介護業務などに係る経験年数						年		

ウェルサークル記入欄

受付日	年 月 日	受付番号	
-----	-------	------	--