

資料請求を頂きました皆様へ

この度は、キャリア・アカデミー「介護職員初任者研修受講」資料をご請求頂き感謝申し上げます。

### ※ 通信コース

通信コースは、働きながら資格を目指す方のために、スクーリング 13 日間という貴重な時間を活かした研修と致しております。

スクーリングの中では介護職の基本意識をお伝え出来るよう講師一同努力致し、不安な点を出来るかぎり残さないよう指導に努めております。

### \* 申込みから受講まで

① 「介護員養成研修受講申込書」等を F A X 又は送付お願いいたします。

- ・受講申込書
- ・本人確認書類

( F A X 番号 050-3730-9302 ) 【コンビニ F A X からは、0598-30-5197】

(送付住所：〒515-0003 三重県松阪市朝日町一區 14-11 キャリア・アカデミー)

② 受講料の振込 をお願いいたします。

下記、口座にお振込み頂きますようお願いいたします。

銀行名 三十三銀行  
支店名 津 支店  
口座 普通預金口座 2801031  
口座名 メイクカンパニー合同会社

\*振込手数料は、ご負担頂きますようお願いいたします。

③ 入校のご案内 を、送付致します。

受講開始 (\*^。^\*)

ご不明な点がございましたらご連絡下さい。

# 介護員養成研修等受講申込書

FAX又は郵送


私は、下記の個人情報使用目的に同意し、受講確認書類を添付また学則を厳守のうえ次の講座受講を申し込みます。

年 月 日

メイクカンパニー合同会社 御中

申込み講座 **介護職員初任者研修課程講座** 【 [ ] 月開講 コース】

\*太線枠内の必要事項をきれなく記入ください。

|            |  |      |       |   |
|------------|--|------|-------|---|
| ふりがな       |  |      | 性別    | 男性 ・ 女性   |
| 署名         | 姓  | 名    |       |   |
| 電話番号       | ( ) -  | 携帯番号 | ( ) - |   |
| FAX番号      | ( ) -  |      |       |   |
| メールアドレス    |  |      | @     |   |
| 住所         | 〒 -  |      |       |   |
| 生年月日       | 昭和・平成  | 年    | 月     | 日生  |
|            |  |      | 年齢    | 歳   |
| 訓練給付制度     | 予定している ( ) 母子給付予定 ( )  |      |       |   |
| 受講料振込予定日   | 令和 年 月 日   |      |       |   |
| 職業         | 1.介護従事者 (経営者)      2.介護従事者 (従業員)<br>3.その他 ( )      *該当するものに○を付けて下さい。 |      |       |   |
| 保護者名<br>☆1 |  |      |       | <br>18歳未満の方は必ず保護者の捺印をお願いします。 |

| 受講確認資料       |   |
|--------------|---|
| ① 本人確認書類 (写) | ・運転免許証      ・旅券 (パスポート)<br>・写真付き住民基本台帳カード<br>・外国人登録証明書<br>・健康保険証      ・住民票 (原本) |

|         |  |
|---------|--|
| 事業所名    |  |
| 事業所住所   |  |
| 事業所電話番号 |  |

|     |       |
|-----|-------|
| 通信欄 | 申請No. |
|-----|-------|

【個人情報使用目的】

個人情報の取り扱いについて

①弊社からの教育講座のご案内      ②弊社からの左記以外の講座及び情報等のご案内

③弊社からの就職に関するご案内      ④お客様との連絡及び満足度等の調査

\*その他、都道府県に提出する場合があります。また、弊社監督のもと、業務の一部を委託する場合があります。

(個人情報問い合わせ窓口)

・メイクカンパニー合同会社 キャリア・アカデミー      〒515-0003  
 ・Tel 0598-30-6828      松阪市朝日町一区14-11  
 ・受付時間：営業日の10時～17時

受講申込書の記入方法とご注意

☆1 18歳未満の方は、必ず保護者の署名と捺印を頂いてください。

送信FAX番号 **050-3730-9302**  
 コンビニFAX使用 0598-30-5197