

▲ FAXでもOK (0776-52-5531) ▲

福井県医療福祉専門学校

福祉用具専門相談員指定講習会 受講申込書

コース	8月 ・ 2月			コース
ふりがな				
氏名	印			
生年月日	昭和 平成	年 月 日 (満 歳)	性別	男 ・ 女
住所	〒 - 都道 府県			
電話番号	自宅	-	携帯	-
勤務先				
請求書 送付先	チェックがない場合は、ご自宅へ送付させていただきます。 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 (勤務先住所 〒 - 都道 府県			
割引 <input type="checkbox"/> 併用不可	<input type="checkbox"/> 講座修了者割引 (3,000 円) → 修了証のコピーの写しを添付してください。 <input type="checkbox"/> 紹介割引 (3,000 円) → <input type="text"/> 紹介者氏名 <input type="text"/> 講座名 <input type="text"/> コース 年 月コース <input type="checkbox"/> 施設紹介割引 (3,000 円) → 施設/事業所/企業様の押印をお願いします。 <input style="border: 1px dashed black; border-radius: 10px; padding: 5px; display: inline-block; width: 150px;" type="text"/> 施設/事業所/企業印 <input type="checkbox"/> 学生割引 (3,000 円) → 学生証の写しを添付してください。 <input type="checkbox"/> グループ割引 (3,000 円) → <input type="text"/> 一緒に受講される方の氏名			
教育訓練 給付金制度	厚生労働省「教育訓練給付金制度」の要件に、 <input type="checkbox"/> 該当する <input type="checkbox"/> 該当しない ※概要や要件については、当パンフレット内のご説明をご参照ください。			

※身分証明書の写し、資格証の写し等(該当者のみ)を忘れずに添付してお申し込みください。

※申込期限は開講初日の1週間前必着です。

※教育訓練給付金の申請をされる方は、開講日(オリエンテーション)1か月前までにハローワークに別途申請が必要です。