

# 行動援護従業者養成研修 受講お申し込み書

ファックス番号および送信面を  
もう一度ご確認ください。

FAX番号：**088-883-2231**

氏名	フリガナ		
生年月日	大 昭 平	年	月
			日
			性別
			□の中にVをいれてください □男 □女
住所	〒 -		
保有資格	□の中にVをいれてください その他の資格をお持ちの方は ( )の中にご記入ください。 □介護福祉士 □ホームヘルパー1級 □ホームヘルパー2級 □その他( ) □なし		
ご本人連絡先	ご自宅	携帯	
	-	-	
勤務先			

## お申し込み方法

上記の空欄にご記入後ファックスでお送り下さい。  
不明な点がございましたらお電話下さい。

- ①申込受付：氏名・住所・生年月日・保有資格・ご本人連絡先・勤務先を、  
ご記入後、ファックスをお送りください。
- ②資料送付：申込受付後、受講案内をお送りしますので、案内に従い、受講料をお振込みください。
- ③申込完了：入金確認後、お申し込み完了となります。

TEL番号：**088-883-6636**

## 開講場所 (地図参照)

高知市はりまや町3丁目16番8号  
はぴまちステーション・はりまや楽舎1階



## ※お申し込みについてのご注意

- (1) お申込みは先着順となりますので定員になり次第、締め切らせていただきます。
- (2) 最少催行人員(6名)に達しない場合、次回以降の研修をご案内させていただくことがあります。予めご了承ください。(中止・延期の場合、お振り込みいただいた受講料はご返金いたします。)
- (3) 期日までにご入金がない場合、受講申込は無効となりますのでご注意ください。
- (4) 申込完了後にキャンセルされる場合、テキストを発送しますので、受講料からテキスト料(3150円)を差し引いた金額を返金いたします。返金につきましてはテキスト一式と一緒に現金でお返し致しますので、お手数ではございますが弊社事務所までお受け取りにお越し下さい。
- (5) 1つの事業所で多数お申込みがあった場合、1回につき最大4名までとさせていただきます。