

同行援護従業者養成講座受講申込書

年 月 日

名前	フリガナ	TEL
	印	FAX
		携帯電話
	生年月日 年 月 日 性別 男・女 年齢 才	
住所	〒 _____ (メールアドレス)	
勤め先	施設(事業所) _____	
受講講座料 (施設料込)	<input type="checkbox"/> 一般課程 26,400円 (消費税・テキスト代含む) <input type="checkbox"/> 応用課程 受講資格制限あり※1 16,500円 (消費税・テキスト代含む) <input type="checkbox"/> 一般課程+応用課程 40,700円 (消費税・テキスト代含む)	
現在の取得資格	<input type="checkbox"/> ホームヘルパー2級 <input type="checkbox"/> その他 (_____)	開講日
保護者氏名 (未成年者)	紹介者(本校卒業生など) _____ _____	月コース

上記申込書に必要事項を記入の上FAX・郵送 もしくは窓口にてお申し込み下さい。

又、応用課程のみの方は下記の※1の修了証明書の写しをあわせて提出して下さい。

FAXでお申し込みの方はFAX送信後、後日申込書原本を提出願います。

受講料の納入は窓口か振込(振り込み手数料は申込者負担となります)またはクレジット払いにて、**お申し込み後1週間以内**となります

お申し込みの際には本人確認に関する書類(運転免許証, 健康保険証, パスポート等, 氏名及び生年月日がかかる公的書類)を提示していただくようお願いいたします。

※ご入金のない場合はキャンセル扱いになります。

※一旦納入された受講料はご返金出来ませんのでご了承下さい。

定員 : 15名

※1 応用課程の受講対象者

募集期間: 別紙参照

①一般課程修了者

開講日: 別紙参照

②移動支援従業者養成研修修了者(視覚過程)

カリキュラム: 別紙参照

＜お申し込み窓口・お問い合わせ先＞ 「お振込先」

〒579-8026

大阪府東大阪市弥生町2-53 グランデュール弥生102号

キューオーエルケアスクール <http://www.qol-school.com>

株式会社 キューオーエル 担当: 山中

TEL 072-981-7127 FAX 072-981-7174

『会社記入欄』

受講番号			
入金確認	C・B/K	受領印	
資格証明(応用)	受付印	確認印	身分証

銀行名	
UFJ銀行	枚岡支店 普通口座
口座番号	4604815
口座名義人	株式会社キューオーエル

