

# 平成29年度 介護職員初任者研修申込書 (8月開講)

フリガナ				性別	男 ・ 女	
お名前						
生年月日	S ・ H	年	月	日生	年齢	( ) 才
ご住所	(〒 — ) ※マンション名・部屋番号までご記入ください。					
ご連絡先	自宅： / FAX：					
	携帯：					

## ❁受講にあたっての注意事項

- ◆学則を熟読の上、必ず全カリキュラムを受講してください。
- ◆遅刻、早退、欠席が重なった場合や修了評価で不合格となった場合、資格取得ができない事があります。
- ◆理由の如何にかかわらず研修開始から10分以上遅刻した場合は欠席となります。(詳細は学則参照)
- ◆研修を休まれた場合等は補習となり、講義・演習に関わらず1時間につき4,000円の補習費を頂きます。
- ◆研修会場までの交通費、その他食事等は各自自己負担となります。
- ◆研修開始後、個人的な理由での辞退または学習意欲が著しく欠け、修了の見込みがないと認められる者、研修の秩序を乱し、その他受講者としての本分に反した者が受講の取消しとなった場合、テキスト代を含め研修受講費の全額を返金できませんのでご了承ください。
- ◆受講申込者が受講開講日前に受講キャンセルを申し出た場合、受講料およびテキスト代を全額返還いたします。但し、受講開始後のキャンセルはテキスト代も含め受講料全額を返還しない事とします。
- ◆申込後10日以内に下記の指定口座までお振込ください。(振込手数料は各自ご負担ください)  
入金確認後、申込書に記載ご住所宛へ2週間以内に受講決定通知書をお送りいたします。

### 【受講料振込先】

三菱東京 UFJ 銀行 河内長野支店 普通口座 1122418  
社会福祉法人 河内長野市社会福祉協議会

- ◆受講申込ご本人確認のため、受講申込時に運転免許証等の身分証明書の写しを提出していただきます。ご提出いただいた写しは本講座の申込書類の添付資料としてのみ使用いたします。

- 上記の件に同意した上で、本講座を受講申込いたします。

記入日：平成 年 月 日 署名

印

ご不明な点がございましたら事務局までご連絡ください。  
事務局 TEL：0721-64-9000  
河内長野市社会福祉協議会