

# 介護福祉士国家試験対策講座 受講申込書

FAX 042-739-7191

学校法人 西田学園

アルファ医療福祉専門学校

介護福祉士国家試験対策講座係り 行

## ■介護福祉士国家試験対策講座の受講を申し込みます。

受講生番号

※記入不要

お申込日： 年 月 日

|  |                |             |    |
|--|----------------|-------------|----|
| ふりがな   | 性別             | 生 年 月 日     | 年齢 |
| 氏 名  | 男・女            | 昭和・平成 年 月 日 |    |
| 現住所 〒 -  | 携帯電話：<br>自宅電話： |             |    |
| E-Mail：  |                |             |    |
| 施設名：   | 実務経験： 年 ヶ月     |             |    |
| 何を見て当講座をお知りになりましたか？ ・当校ホームページ ・施設の紹介 ・DM ・その他（ ） |                |             |    |

介護施設より推薦を受けられる方は、施設名、施設長名および、公印を押印のうえ、ご提出ください。

|     |            |   |
|-----|------------|---|
| 推薦人 | 事業所・施設名：   | 印 |
|     | 事業所長・施設長名： |   |

アルファ医療福祉専門学校の平成28年度 介護福祉実務者研修 受講生は、コース名、修了日をご記入ください。

|       |                |
|-------|----------------|
| コース名： | 修了日： 平成28年 月 日 |
|-------|----------------|

| いずれかに○ | 受講生              | 受講料<br>(資料代、模擬試験代含む) |
|--------|------------------|----------------------|
|        | 一般               | ¥25,000              |
|        | 介護施設長推薦          | ¥15,000              |
|        | 介護福祉実務者研修<br>受講生 | ¥15,000              |

振込先：三菱東京UFJ銀行 西新宿支店  
普通口座番号 3992773  
学校法人西田学園  
お振込みの際：  
申込者氏名の前に、251を付けて下さい。  
[例] 251ヤマダハナコ

受講料 お振込予定日 平成 年 月 日

### ※受講申し込みについて

①受講申込書を郵送またはFAXにて提出

②受講料を右の銀行口座に振り込む

③受講料の受領確認後、受講決定通知書を送付され受講決定

※受講決定通知書送付後、キャンセルされる場合は受講料の返金は致しませんのでご了承ください。

検印

登録印

受付印