

受講申込書<FAX送信用>

介護福祉士実務者研修通学科

記入日 令和 年 月 日

フリガナ				生年月日	
氏名	(歳)			昭和・平成	
				年 月 日	
現住所	〒 -				
連絡先	自宅			携帯	
有資格者 受講料	介護職員初任者研修修了者	150,000円			左記に○をつけてください、 保有資格について、
	訪問介護員養成研修修了者(1級課程)	100,000円			
	訪問介護員養成研修修了者(2級課程)	150,000円			
	訪問介護員養成研修修了者(3級課程)	170,000円			
	介護職員基礎研修修了者	90,000円			
	生活援助従事者研修	170,000円			
	介護に関する入門研修	175,000円			

お問い合わせ

学校法人西野学園

函館臨床福祉専門学校

〒041-0806

函館市美原1丁目15-1

TEL 0138-43-1177

担当：丹野、加々谷

FAX番号 0138-43-4111

※ 送信時、用紙の裏表にご注意ください。

※ 上記住所への郵送でもお申込みできます。ただし9/30必着となります。