



FAX (0742)22-3005



岡谷会実務者研修申込書

フリガナ			
氏名		生年月日	S・H 年 月 日
現住所	〒 ー		
連絡先	電話番号	携帯	
	FAX		
	メールアドレス		

※該当部分に $\color{red}{\text{レ}}$ をご記入下さい

お持ちの 修了資格	<input type="checkbox"/>	無資格の方		受講料	120,000円(税別・テキスト代込)
	<input type="checkbox"/>	介護職員初任者研修修了の方		受講料	80,000円(税別・テキスト代込)
	<input type="checkbox"/>	訪問介護員1級研修修了の方		受講料	60,000円(税別・テキスト代込)
	<input type="checkbox"/>	訪問介護員2級研修修了の方		受講料	80,000円(税別・テキスト代込)
	<input type="checkbox"/>	介護職員基礎研修修了の方		受講料	40,000円(税別・テキスト代込)

無資格の方	<input type="checkbox"/>	介護職員初任者研修&介護福祉士実務者研修		受講料	100,000円(税別・テキスト代込)
-------	--------------------------	----------------------	--	-----	---------------------

	<input type="checkbox"/>	岡谷会介護職員初任者研修修了者		受講料	50,000円(税別・テキスト代込)
--	--------------------------	-----------------	--	-----	--------------------

通信添削 課題	<input type="checkbox"/>	記述式希望(別途送料がかかります)	<input type="checkbox"/>	eランニング希望(スマホ可能・インターネット環境が必要となります)
------------	--------------------------	-------------------	--------------------------	-----------------------------------

・申し込み送付先 〒630-8325 奈良市西木辻町200 医療法人岡谷会 実務者研修担当宛
TEL (0742)90-0020 (0742)23-2501(法人事務局)

担当 道盛・坂上

・受講申込書が到着後、案内等を送付致します。
・当法人で開催する介護職員実務者研修に際して提出して頂いた個人情報については、厳重に管理し、本研修以外には使用致しません。