

FAX番号:076-432-4349

北電産業株式会社 人材事業部宛

E-mail : sugiyama.yoshihisa@hs-k.co.jp

※弊社記載欄

年 月 コース

※ 受付番号

※ 受講番号

福祉用具専門相談員指定講習会

受講申込書

申込日 ; 20 年 月 日

受講希望者

フリガナ		生年月日	昭和	年	月	日
氏名			平成	年	月	日
住所	〒 -					年齢 ( )
受講中連絡が取れる電話番号	( ) -	性別	男 ・ 女			
受講中連絡が取れるメールアドレス	@hs-k.co.jpからの受信が可能なように設定願います。					

勤務先

会社名		電話番号	( ) -
		FAX	( ) -
住所	〒 -		

所属分類

福祉用具業者(販売貸与・販売のみ) / 建築業者 / 介護職(居宅・施設)  
医療職 / 一般(学生除く) / 学生 / その他 ( )

受講コース

5月開催 ・ 8月開催 ・ 10-12月 土曜日開催 ・ 2月開催

連絡先・書類送付先

自宅 ・ 勤務先 ・ その他 ( )

当研修を知った媒体等

新聞 ・ インターネット ・ DM / チラシ ・ その他 ( )

通信欄 (領収証の発行、教育訓練給付制度や助成金の利用等)

\* お客様から預かった個人情報につきましては、個人情報保護方針に基づき適正に管理するものとし、書類送付、請求以外の目的では一切使用いたしません。

\* 太枠内の必要事項を楷書で記入し、該当するところに○をしてください。

\* 住所は、マンション名等まで記入してください。

\* 申込書1枚につき1名の申し込みです。会社等で複数名分の申し込みをする場合は、受講希望者1名につき 申込書 1枚で申し込んでください。