

▲ FAXでもOK（0776-25-3162） ▲

福井県医療福祉専門学校

福祉用具専門相談員指定講習会 受講申込書

コース	7月 ・ 2月			コース	
ふりがな					
氏名	印				
生年月日	昭和 平成	年 月 日	（満 歳）	性別	男 ・ 女
住所	〒 - 都道 府 県				
電話番号	自宅	-	-	携帯	- -
勤務先					
請求書 送付先	チェックがない場合は、ご自宅へ送付させていただきます。 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 （勤務先住所 〒 - 都道 府 県				
割引 <input type="checkbox"/> 併用不可	<input type="checkbox"/> 講座修了者割引（3,000円） ➡ 修了証のコピーの写しを添付してください。 <input type="checkbox"/> 紹介割引（3,000円） ➡ <input type="text"/> 紹介者氏名 <input type="text"/> 講座名 <input type="text"/> コース      年 月コース <input type="checkbox"/> 施設紹介割引（3,000円） ➡ 施設/事業所/企業様の押印をお願いします。 <input type="text"/> 施設/事業所/企業印 <input type="checkbox"/> 学生割引（3,000円） ➡ 学生証の写しを添付してください。 <input type="checkbox"/> グループ割引（3,000円） ➡ <input type="text"/> 一緒に受講される方の氏名				
教育訓練 給付金制度	厚生労働省「教育訓練給付金制度」の要件に、 <input type="checkbox"/> 該当する <input type="checkbox"/> 該当しない ※概要や要件については、当パンフレット内のご説明をご参照ください。				

※身分証明書の写し、資格証の写し等（該当者のみ）を忘れずに添付してお申し込みください。

※申込期限は開講初日の1週間前必着です。

※教育訓練給付金の申請をされる方は、開講日（オリエンテーション）1か月前までにハローワークに別途申請が必要で