

介護フォローアップ研修申込確認書

ふりがな 申込者氏名		年齢 生年月日	歳 大正・昭和 . . .
所属 (勤務先等)			
住所 (郵送先は、自宅か 勤務先に○印を つけて下さい)	自宅 〒 — 勤務先 〒 —		
電話番号 FAX 番号	自宅 TEL FAX	勤務先 TEL FAX	
職業 職種			
日程	/ — /		
振込名義			

※ 振込名義の欄は、お振込みされる時の名義（会社・施設名または個人名）をご記入下さい。

当用紙にご記入のうえ、FAXでご返信下さい。

※受講案内は、講習会初日の約10日前にご郵送致します。

キャンセル

キャンセル料につきましては、以下のようになっております。

電話でお申込みされた日の7日目以降から、半額のキャンセル料がかかります。

また、講義開始初日の14日前から全額のキャンセル料がかかりますのでご注意下さい。

(定員に満たない時は、開催を中止することがございますのでご了承下さい。)

お問合せ先

お茶の水ケアサービス学院 TEL **03-3863-4000** FAX **03-3863-4006**

101-0032 東京都千代田区岩本町1-10-3 紀繁ビル1F