〈徳島県指定〉令和１年度「介護職員初任者研修」

●介護人材不足です！！　●就職豊富！！　●旧ヘルパー2 級相当！！

徳 島 校≪2 ヶ月短期コース≫（水・金★夜間 19 時～22 時+日曜○昼間 9 時～16 時）

≪特色 1≫　施設実習は無。通学課程より約 40 時間少ない通学時間で就労者には有利！！

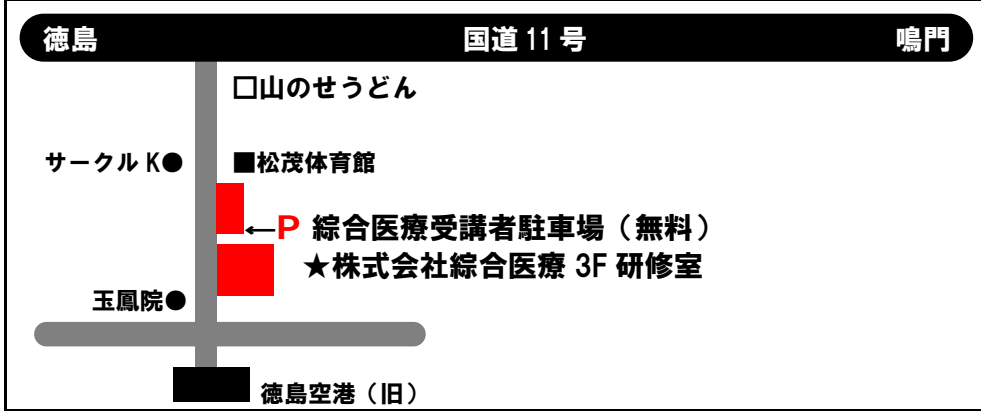
≪特色 2≫　就労者に受講し易い時間帯・曜日を設定しております。無料駐車場完備！！

≪特色 3≫　開講途中でも入校で可能。欠席等未講科目は、次期開講時、無料補講有り！！

様式 2013.1 株式会社綜合医療

校区分	開講期間			開講曜日	開講時間
徳島校	令和１年 10 月 27 日～12 月 18 日（全 22 回）			水・金・日	水・金曜 19 時～22 時、日曜 9 時～16 時
（注）開講初日は、開講式・オリエンテーションがありますので、開講時間の 30 分前に集合して下さい。（時間厳守）					
受講場所 受講定員	徳島校	30 名	株式会社綜合医療/徳島県板野郡松茂町中喜来字群恵 39-1（旧徳島空港前）		
受講資格	16 歳以上の男女。※18 歳未満の受講者は、保護者の同意が必要です。下記「受講申込欄」に保護者の署名捺印下さい。				
受講費用 （各校共）	□一括支払；79,800 円（受講費+テキスト+消費税）※分割の場合は分割手数料込み。 □４回分割；84,000 円（分割初回金 39,000 円、2 回 15,000 円、3 回 15,000 円、4 回 15,000 円） （注 1）受講 3 日前までに、「一括金」「分割初回金」を下記口座にお振り込み下さい。 （注 2）受講開始後の解約は返金いたしません。 （注 3）受講前日までの解約は 90％返金。閉講時 100％返金。（注 4）分割払いの場合は、修了日までに残額を完納して下さい。				
受講費用 一部割引 制度導入	1、グループ受講（2～３名）10％受講費割引、2、グループ受講（4 名以上）20％受講費割引 3、学生割引（中学・高校新卒者、高校・専門学校・大学等在学生）10％受講費割引 （注）本割引適用は、受講費分納には適用致しません。受講申込の欄に記載して下さい。				
受講費支払 口座振込案内	口座名義■株式会社　綜合医療　代表取締役　國見朋弘 口座番号■香川銀行　鳴門支店（普通）1255491				
受講申込 本人確認	●下記「受講申込書」を FAX で、申込下さい。（郵送・持参でも可） ●本受講には、受講者本人確認が義務化されています。申込時又は開講初日に運転免許証等、本人確認ができるものをご持参下さい。				
受講の流れ	①受講申込（FAX・郵送・持参）・受講決定 ②受講費用払込（受講 3 日前に指定口座へ） ▼ ③通学（89.5H）＋　通信課題提出（40.5H 相当） ▼ ④修了試験（1H）合格 ⑤修了証明書交付（受講費完納）			補講	【無料補講】欠席した科目を、弊社が開講する各校において、無料で補講していただけます。 【有料補講】欠席した科目を、担当講師との調整により、随時有料で補講していただけます。その場合、3 時間 10,000 円、徳島校で実施いたします。 ※別途「補講カード」により、申請して下さい。
研修主催 お問合せ	株式会社綜合医療　〒771-0212　徳島県板野郡松茂町中喜来字群恵 39 番地 1（旧徳島空港前） TEL（088）699－7811　FAX（088）699－7855　e-メイル：kaigo@kaigobin.com				

受講会場■徳島校（松茂）



受講申込・開催要領等については、弊社のホームペイジを参照下さい。受講申込も可能です。是非、ご利用下さい。

株式会社綜合医療　検索

↓

「研修のお申込み」フォームに必要事項を記載し、学則等に同意。

↓

受付自動配信メール送付・2～3 日以内に「受講決定通知」送付

（通知にも記載の通り、開講 3 日前までに受講費用をお振込み下さい）

切り取らず FAX 送信下さい。又は、郵送・ご持参下さい。**FAX 受講申込欄：088-699-7855**

受講申込日	年　月　日　※個人情報の保護を厳守いたします。※18 歳未満の方は下記に保護者の署名捺印が必要です。					
ふりがな 受講者氏名			印	男・女	生年月日	昭和・平成 年　月　日
受講者住所	〒　－ 郡・市　町　字 番地		※受講者の住民票の住所を必ず記載下さい。			
受講者連絡	電話：		携帯：			
受講費支払 方法□レ印	□一括支払；79,800 円　※受講 3 日前までに、「一括金」「分割初回金」を上記口座にお振り込み下さい。 □４回分割；84,000 円（分割初回金 39,000 円、2 回 15,000 円、3 回 15,000 円、4 回 15,000 円）					
保護者同意欄	令和　年　月　日 本受講に同意します。保護者名：　印					

受講費一部割引制度（注）受講費割引は、一括支払いのみに適用させて頂きます。予めご了承下さい。	
□グループ受講２～3 名	10％割引、下記氏名記入
□グループ受講４名以上	10％割引、下記氏名記入
□学生割引（新卒・在学生等）	10％割引、要学生証等

氏名欄	1、	2、
	3、	4、

事業所名称：
事業所住所：
連絡先：