〈徳島県指定〉令和２年度「介護職員初任者研修」

●介護人材足りません！！ ●就職豊富！！ ●旧ヘルパー２級相当！！

徳 島 校　（火・木、夜間）★19：00～22：00（土、昼間）◎9：00～16：00）全 23 回

≪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 2019 年 4 月株式会社綜合医療

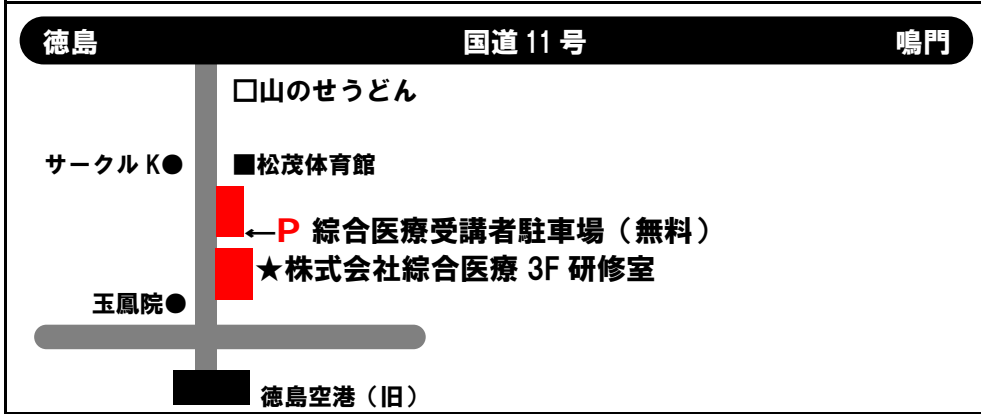
校区分	開講期間	開講曜日・開講時間
徳島校	令和２年 7 月 14 日～令和２年 9 月 12 日(全 23 回)	火・木 19：00～22：00、土 9：00～16：00
（注）開講初日は、開講式・オリエンテーションがありますので、開講時間の 30 分前に集合して下さい。（時間厳守）		

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 番地 1（旧徳島空港前）	（注）各校共、受講定員が大幅に満たない場合は、閉講する場合があります。その際は、随時ご連絡させて頂きます。ご了承下さい。
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；95,000 円（受講費+テキスト+消費税） （注 1）受講 5 日前までに、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。			
受講費用 一部割引 制度導入	1、グループ受講：（1-2 名）10%割引、（3-4 名）20%割引、（5 名以上）30%割引 2、学生割引（中学・高校新卒者、高校・専門学校・大学等在学生）10%割引 （注）本割引適用者は、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）	補講について	【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 5,000 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）



お知らせ

受講申込については、下記の通り、弊社のホームページより、受講申込可能になります。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 5 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	令和　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	〒　－　※受講者の住民票の住所を必ず記載下さい。 郡・市　町　字 番地					
受講者連絡	電話：		携帯：			
受講費支払方法□レ印	9,5000 円　※受講 5 日前までに、上記口座にお振り込み下さい。					
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	
□グループ受講 1-2 名	10%割引、下記氏名記入
□グループ受講 3-4 名	20%割引、下記氏名記入
□グループ受講 5 名～	30%割引、下記氏名記入
□学生割引（新卒・在学生等）	10%割引、学生証添付
グループ受講者名	
1、	4、
2、	5、
3、	※本欄記載者も左記を作成。
事業所名称：	
事業所住所：	
連絡先：	