

<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！！


徳島北校 (水・金、夜間)★19:00~22:00 (日、昼間)◎9:00~16:00)全24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です！！

≪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 2020年8月株式会社総合医療

開講期間	令和2年12月6日~令和3年2月3日(全23回)。水・金曜 19:00~22:00、日曜 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	徳島北校	16名	板野郡北島町北村字東蛭子88番地5 (注)少数でも実施開講致します。
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 総合医療 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。
お問合せ	株式会社 総合医療【徳島北校】板野郡北島町北村字東蛭子88番地5 TEL088(661)6027 FAX088(661)6028 e-メール:kaigo@kaigobin.com 担当直通:國見(090-8975-6520)		
徳島北校 (地図)	 <p>【受講申し込み方法】</p> <p>1、下記のFAXで受講申込 2、郵送又は持参で受講申込 3、ホームページより受講申込(下記の通り)</p> <p>株式会社 総合医療 <input type="text" value="検索"/></p> <p>「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。</p> <p>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り込み下さい)</p>		

切り取らず FAX 送信下さい。 FAX 受講申込欄:088-661-6028

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	受講費一部割引制度	
受講者住所	〒 — ※受講者の住民票の住所を必ず記載下さい。					<input type="checkbox"/> グループ受講 1-2名 10%割引、下記氏名記入 <input type="checkbox"/> グループ受講 3-4名 20%割引、下記氏名記入 <input type="checkbox"/> グループ受講 5名~ 30%割引、下記氏名記入 <input type="checkbox"/> 学生割引(新卒・在学生等) 10%割引、学生証添付	
受講者連絡	電話:	携帯:				グループ受講者名	
受講費支払 方法□レ印	9,500円 ※受講5日前までに、上記口座にお振り込み下さい。					1、 2、 3、 4、 5、 ※本欄記載者も左記を作成。	
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					事業所名称: 事業所住所: 連絡先: