

〈徳島県知事指定〉令和2年度「介護職員初任者研修」

●短期速習で資格取得！！ ●介護人材不足です！！ ●就職豊富！！

【徳島北校】《1.3ヶ月短期修了》(月・水・金★夜間19～22時+日曜○昼間9～18時)

《特色1》本研修は、公的資格です！！ ※最大30%受講費免除制度あり！！

《特色2》就労者に配慮した受講しやすい時間・曜日を設定。駐車場あり！！

《特色3》途中入校可能。欠席科目は、次期開講時等無料補講又有料補講有り！！

様式 2019.12 株式会社総合医療

校区分	開講期間		開講曜日	開講時間
徳島北校	令和3年3月14日～令和3年5月7日(全23回)		水・金・日	水・金19時～22時、日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。8時30分に集合して下さい。(時間厳守)				
受講場所 受講定員	16名 徳島北校:板野郡北島町北村字東蛭子88-5(下記地図参照)			
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、別途指定口座にお振り込み、又は持参下さい。 (注2)受講開始後の受講料返金は、理由の如何にかかわらずいたしません。ご了承ください。 (注3)受講前日までの解約は90%返金いたします。(注4)受講費分納は採用しておりませんのでご了承下さい。			
受講費用 割引制度	1、グループ受講:2～3名10%、3～4名20%、4名以上30%、受講費割引 2、学生割引(中学・高校・専門学校・大学等在学生)10%受講費割引 ※「学生証」添付必須			
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)※下記メールでも受講申込できます。 ●受講には本人確認が義務化されています。開講日運転免許証等、本人確認が出来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)後、受講決定通知 ②受講費用お支払(受講5日前に振込又は持参) 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】欠席科目を、弊社が開講する本研修において、無料で補講していただけます。 【有料補講】欠席科目を、担当講師との調整により、随時有料で補講します。3時間5,000円、徳島北校で実施いたします。 ※別途「補講カード」により、補講申請して下さい。	
研修主催 お問合せ	株式会社総合医療 〒771-0201 板野郡北島町北村字東蛭子88番地5 TEL(088)661-6027 FAX(088)661-6028 e-メール:kaigo@kaigobin.com			
		<p>受講申込・開催要領等については、弊社のホームページを参照下さい。受講申込も可能です。是非、ご利用下さい。</p> <p style="text-align: center;">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 style="text-align: center;">▼</p> <p>受付メール送付又は「受講決定通知」送付 (開講5日前までに受講費用をお支払下さい)</p>		

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

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	受講費一部割引制度 □レ記入下さい。 <input type="checkbox"/> グループ受講(1～2名) 10%割引 <input type="checkbox"/> グループ受講(3～4名) 20%割引 <input type="checkbox"/> グループ受講(4名以上) 30%割引 <input type="checkbox"/> 学生割引(中学・高校・専門学校・大学等、在学中の者)※学生証添付必須 10%割引	
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	アパート・マンション(号室)			
受講者連絡	電話:	携帯:		氏名欄		1	4	
					2	5		
					3	6		
受講費支払 方法□レ印	95,000円 ※受講5日前までに、振込又は持参下さい。						※本欄記載者も、別に本申込用紙を作成下さい。	
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	事業所名称:	事業所住所:		
					連絡先:	ご担当:		