

<徳島県指定>令和4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)◎09:00～16:00)全26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 2021年11月株式会社総合医療

開講期間	令和4年4月3日～令和4年6月15日(全26回) 水・金曜 19:00～22:00、日曜 09:00～16:00 (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)少人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。(注3)分割要相談(2～3回:要分割手数料3%)、完納後修了証書交付と致します。		
受講費用 一部割引 制度導入	1、グループ受講:(2～3名)10%割引、(4～5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(学生証添付のこと) (注1)本割引適用者は、受講申込の欄に記載して下さい。(注2)本割引は、一括受講料支払いとし、分割支払いには適用しません。		
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 〒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		
徳島北校 (地図)			
	【受講申し込み方法】 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) <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">株式会社 総合医療 検索</div> ▼ 「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り込み下さい)		

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	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:30%;"></td> <td style="width:10%; text-align: center;">印</td> <td style="width:10%; text-align: center;">男・女</td> <td style="width:10%; text-align: center;">生年 月 日</td> <td style="width:10%; text-align: center;">昭和・平成 年 月 日</td> </tr> </table>		印	男・女	生年 月 日	昭和・平成 年 月 日
	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 アパート・マンション(号室)					
受講者連絡	電話: 携帯:					
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。					
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 <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 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:					