

平成 30 年 ケアマネジャー受験対策講座 申込書

私は以下の個人情報使用目的に同意の上、ケアマネジャー受験対策講座の受講を申し込みます。

* 次の項目についてもれなくご記入（又は該当するものに○をつけて）ください。

申込日：平成 年 月 日

ふりがな 氏 名	(男 ・ 女)
生年月日	昭和 ・ 平成 年 月 日 (歳)
住 所	〒
電 話	() - * 連絡のつきやすい電話番号をご記入ください
Eメール	@
受験資格	法定資格保有 (介護福祉士 ・ 社会福祉士 ・ 看護師 ・ その他 []) 生活相談員 ・ 支援相談員 ・ 相談支援専門員 ・ 主任相談支援員
受講コース	() 全国統一模擬試験 ¥7,000 () 直前対策講義(全2回) ¥5,000 ※ご希望のコースに○をしてください
通学手段	車 (普通車・軽自動車) ・ バイク ・ 自転車 ・ 公共交通機関 ・ 徒歩

◇ご記入いただいたお客様の個人情報の使用目的は次の通りです

- ・ 弊社の講座受講運営業務
- ・ 弊社からの教育講座、就業に関するご案内
- ・ お客様との連絡及び満足度等の調査

お申込み先

HEART
SWITCH



株式会社 ハートスイッチ

〒710-0038 岡山県倉敷市新田 2434-1

TEL : 086-420-1600 FAX : 086-435-7021