

『介護予防運動指導員養成講習』 申込書【団体用】

FAX 送信先:050-3466-7132

※太枠内全てご記入ください。

希望日程	第 回 (1日目:20 年 月 日、2日目: 月 日)		
氏名	(ふりがな)		
書類送付先住所	〒 -		
連絡先	-	F A X	-
メールアドレス	@		
振込人名義 (予定)	振込人名義	受講料	
	カタカナでご記入ください。	名×66000円 = 合計 円	

	氏名	該当する受講資格	生年月日
フリガナ			西暦 年
受講生①			月 日
電話番号		メールアドレス	
	氏名	該当する受講資格	生年月日
フリガナ			西暦 年
受講生②			月 日
電話番号		メールアドレス	
	氏名	該当する受講資格	生年月日
フリガナ			西暦 年
受講生③			月 日
電話番号		メールアドレス	
	氏名	該当する受講資格	生年月日
フリガナ			西暦 年
受講生④			月 日
電話番号		メールアドレス	

※記入不要	事前送付物			□入金額¥ _____ □入金日 (/)
事務局処理欄	□ご案内 /	□テキスト /	□URL /	備考()

2022年6月版



【団体用】介護予防運動指導員養成講習申込書

★お申込み

お申し込みの際は下記の注意事項をご確認の上、本申込書（裏面）にご記入いただき、資格を証明するものの写し（※訪問介護員2級の方は実務経験証明書もご提出ください。）を併せて、郵送またはFAXにてご送付ください。

※実務経験証明書について

所属事業所様にて以下の記載がある証明書（書式の規定なし）を作成していただき、申込書と合わせてご送付ください。

・勤務先名 ・勤務先住所、連絡先 ・勤務期間 ・事業所（責任者）証明印

所属事業所様で取り扱いがない場合はご連絡ください。弊社でご用意している書式をお送りいたします。

※申し込み締め切り日を必ずご確認ください。

★受講決定

講座開講の可否につきましては、最低実施人数になった時点でお知らせいたします。なお、最低実施人数に満たない場合は閉講となりますのでご了承ください。その際、電話またはメールにてご連絡いたします。

★受講料金（テキスト・テスト代を含みます。）

個人 ￥77000 円（消費税込）

団体 ￥66000 円（消費税込） 4名様以上から受付

※受講料のお振込みにつきましては、別途ご案内いたします。

★受講方法

ご入金確認後、テキストなど関連資料をお送りいたします。

「eラーニングシステム」にて講義は視聴期間内好きな時間に閲覧して受講いただけます。

「集合形式」初日に会場へお越しください。

【お申込み・お問い合わせ】

株式会社じりきのもり イノベーション事業部

〒270-2241 千葉県松戸市松戸新田 521

電話：080-7259-5564 FAX：050-3466-7132 Mail：kaigoyobou@rebornclub.com

【お問い合わせ時間】

電話：月～金曜日（土日を除く）9：00～17：00