

## 福祉用具専門相談員指定講習会 受講申込書

No.

令和 年 月 日提出

フリガナ 氏名	男 女	生 年 月 日	
		昭和 平成	年 月 日生 ( 歳)
現住所	〒 - 群馬県 市 町 村 番地 (アパート等)		
電話	( ) -	携帯電話	- -
勤務先	名称		
	住所	〒 -	
	電話	( ) -	
志望動機			
コロナワクチン 予防接種 実施状況	*該当のところに○印をつけて必要事項をご記入下さい。 2回接種済 ・ 1回接種済(次回予定 / 頃) ・ 予定あり( / 頃) ・ 予定なし		

- \*1. お申込みにあたっては、受講申込書と共に本人確認書類(運転免許証、または健康保険証等の写し)を添えて、ご提出ください。
- \*2. 当法人は、当該申込書に記載された個人情報(氏名、住所、電話番号、その他)につきましては、連絡のために利用させていただくほか、申込みの手続きに必要なかつ最小限の範囲内で利用させていただきます。
- \*3. キャンセル料について
  - ①受講開始7日前まで・・・全額返金いたします。
  - ②受講開始前7日以内・・・受講料の半額13,500円頂戴いたします。
  - ③受講開始後の返金はいたしません。