

受講申込書（キャンセル待ち用）

2020年 月 日

開催名・日程	第 84 回 同行援護従業者養成研修 一般課程および応用課程 32時間 10月31日(土)、11月1日(日)、7日(土)、8日(日)	
ふりがな 氏名		性別 男・女
生年月日・年齢	西暦	年 月 日 歳
ふりがな ご住所	〒	
電話番号	自宅	携帯 ※携帯電話をお持ちの方は必ずご記入ください。
E-mail	PC	携帯 @thka.jpから受信できるように設定をお願いいたします

下記、該当項目に○またはご記入をお願いいたします。

ご職業	①会社員（職種： ） ②アルバイト ③パート ④その他（ ）
健康について	①良好 ②治療または通院中 ※配慮が必要な場合（ ）
現在お持ちの資格	①ホームヘルパー（1・2）級 ②介護職員初任者研修 ③実務者研修 ④介護福祉士 ⑤認定介護福祉士 ⑥その他（ ）
お申込みのきっかけ	①チラシ（イ. 職安 ロ. 学校 ハ. 区役所 ニ. その他） ②事業所 ③友人 ④当協会ホームページ ⑤その他（ ）

FAX送信先 03-3200-0608

<お申し込み方法>

- お申し込みは、FAX、郵送、いずれでも可能です。
- 既にお申込済みの受講決定者からキャンセルのお申し出があった場合のみ、お電話またはメールにてご案内いたします。
- 上記ご案内の際、お電話が繋がらない場合や、メールによる返信期日までに受講意思が確認できない場合は、次の方にご案内させていただきます。

<受講決定後のキャンセルについて>

- キャンセルされる際は、入金の有無にかかわらず事務局までご連絡ください。
- 《研修初日より6日前まで》振込手数料を差し引いた受講料を返金いたします。
 - 《上記以外》キャンセル料10,000円と振込手数料を差し引いて返金いたします。

<補講について>

期間中に参加できなくなった場合、次回研修に補講参加していただきます。
補講料：10,000円（講義演習共。1時間でも講義に参加できない場合も同様）

<お申込みにあたって>

- 協会ホームページに学則を公開しています。必ずご確認のうえお申し込みください。
- 保険加入の都合上、住所、氏名、生年月日、電話番号は正確にご記入ください。
- 新型コロナウイルス感染症対策を講じながら実施いたしますが、感染拡大の状況によっては中止する場合がございます。
- 東京都からの通知により、初回講義時のみ「本人確認」をさせていただきます。
公的証明書（健康保険証、運転免許証など）のご提示をお願いいたします。

お申込みの際し、不明な点などございましたら下記事務局までお問い合わせください。

(福) 東京ヘレン・ケラー協会
同行援護従業者養成研修事務局
03-3200-0525

※本状は、本研修に関する事項のみ使用いたします※