

『介護予防運動指導員養成講座』【個人用】申込書



FAX送信先：03-5543-1870

太枠内全てご記入ください。			
希望会場	<input type="checkbox"/> 東京会場【西台店】	<input type="checkbox"/> 神戸会場【六甲道店】	<input type="checkbox"/> 仙台会場【北仙台店】
	<input type="checkbox"/> 名古屋会場【大曽根店】	<input type="checkbox"/> 札幌会場【札幌店】	<input type="checkbox"/> 大阪会場【住ノ江店】
	<input type="checkbox"/> その他【 _____ 】		
希望日程	第 _____ 回 開講日：20 _____ 年 _____ 月 _____ 日～ _____ 月 _____ 日		
2期分け希望日程 ※2期分けをご希望の場合のみご記入ください	第 _____ 回 開講日：20 _____ 年 _____ 月 _____ 日～ _____ 月 _____ 日		
フリガナ 氏名			生年 月日
			西暦 月 年 日
自宅住所	(〒 _____) 都道府県 _____ 市区郡 _____		
自宅電話	- -	FAX	- -
携帯番号	- -	日中の連絡先	- -
受講資格名称			
受講資格	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 助産師 <input type="checkbox"/> 看護師（准看護師含む） <input type="checkbox"/> 管理栄養士（栄養士含む） <input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> あん摩マッサージ指圧師 <input type="checkbox"/> 鍼灸師 <input type="checkbox"/> 柔道整復師 <input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> 訪問介護員1級 <input type="checkbox"/> 訪問介護員2級（実務経験2年以上） <input type="checkbox"/> 健康運動指導士 <input type="checkbox"/> 健康運動実践指導者 <input type="checkbox"/> 体育系大学・社会体育系専門学校卒業（学校名 _____ ） <input type="checkbox"/> その他資格（ _____ ） ※お持ちの資格証明書（コピー）を添付し、ご提出ください。		
振込人名義 （予定）	カタカナでご記入ください。		※お振込については、後日ご連絡いたします。

受講料（当てはまる区分に○をつけてください。）

一般	¥80,000 (税・テキスト含)	
セントラルスポーツ会員	¥70,000 (税・テキスト含)	
提携先資格保持者 (AFAA 他)	割引制度あり 左記、対象者は お問い合わせ下さい	
弊社アスタウトインストラクター		
ANCS 登録インストラクター		

※備考

割引対象資格証貼り付け欄

※セントラルスポーツ会員の方は、会員証のコピーをこちらに添付してください。
(氏名・区分が見えるように添付してください。)

※ANCS登録インストラクターの方は、登録を証明できるものの写しをこちらに添付してください。

※記入不要 事務局処理欄	事前郵送物			□入金金額¥ _____ □入金日 (_____ / _____) 備考 _____
	□手引き /	□受講票 /	□時間割 /	

【個人用】申込書

●お申込み

お申込みの際は下記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、申込書と併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。

※申込み締め切りは、講座開講の2週間前となります。

●受講料金（表示価格には、税・テキスト代を含みます。）

一般 ￥80,000

セントラル会員 ￥70,000 ※申込時に会員証のコピーをご提出いただきます。

提携先資格保持者（AFFA…他） ￥70,000 ※申込時に会員証のコピーをご提出いただきます。

ANCS ￥60,000 ※申込時にANCS登録証のコピーをご提出いただきます。

●受講決定

開講確定の際は、「開講案内」をお送りいたします。

ただし、講座実施の最終確定は、開講日の概ね2週間前となりますので到着までしばらくお待ち下さい。尚、最少催行人数に満たない場合は閉講となりますが、その際は別途ご案内をお送りいたします。（電話にて連絡する場合もございますので、ご了承ください。）

※各会場の申込状況は、お電話にてお問合せください。

●受講料のお振込み

「開講案内」に記載されております。

お申込み
お問い合わせ

セントラルスポーツ株式会社

法人事業部 介護予防チーム

〒104-8255

東京都中央区新川1-21-2 茅場町タワー2階

【電話】：03-5543-1888

【FAX】：03-5543-1870

お問い合わせ時間

【電話】 月～金曜日（土日、祝日を除く）9:30～17:00

↓裏面にご記入ください。