

# 第13回 音楽健康福祉士養成研修 受講申込書

研修日程: 平成31年2月8日(金)2月9日(土)3月8日(金)3月9日(土)  
 研修会場: 「公益社団法人虹の会 セミナー会場」 東京都中央区日本橋小伝馬町13-4 共同ビル5階

申込日	西暦 年 月 日	お問合せ 専用電話 : 0120-564-284	受付時間 平日:10:00~17:00
フリガナ 氏名	.....		ご職業
生年月日	西暦 年 月 日 (満 歳)	性別	男 ・ 女
ご自宅 (現住所)	〒 - 都道府県 区市郡		
メールアドレス	.....@..... ※アパート・マンション名も必ずご記入ください。 自宅( - - )携帯( - - )		

勤務先 (所属団体)	(名称)[法人格は略してご記入ください]	(所属施設名/所属部門・部署名)	(ご役職)
	〒 - 都道府県 区市郡	TEL( - - )	

※ビル名等も必ずご記入ください。

平日昼間の 連絡先TEL	TEL ( - - )
-----------------	-------------

保有資格	現在保有されている資格の □ に ✓ を付けてください。(受講資格要件ではございません) <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 管理栄養師 <input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 介護職員実務者/初任者研修(ホームヘルパー1・2級) <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 介護予防指導士 <input type="checkbox"/> レクリエーション介護士 ※上記以外の 医療・介護・福祉関係の資格をお持ちの方はご記入ください。( )
------	---

受講票等 郵送先	<input type="checkbox"/> ご自宅(現住所) <input type="checkbox"/> 勤務先(所属団体) (いずれかの □ に ✓ を付けてください) ※受講票等は、開講日の10日~2週間前を目途に、ご指定の住所宛てに発送させていただきます。
-------------	--

この研修をどこで 知りましたか?	<input type="checkbox"/> 虹の会HP <input type="checkbox"/> 広報誌(虹のうた) <input type="checkbox"/> 協賛団体からの紹介 <input type="checkbox"/> 虹の会 概要説明会 <input type="checkbox"/> 音楽健康福祉士からの紹介 <input type="checkbox"/> 展示会・フェア等 <input type="checkbox"/> その他( ) 具体的にご記入ください。
---------------------	---

通信欄	
-----	--

受講料 ・ 振込方法	<b>【受講料】 41,040円(税込) (税抜:38,000円)</b> <b>【振込口座】 みずほ銀行 青山支店 普通預金 口座番号:1697237 口座名義人:公益社団法人虹の会</b> <b>【振込期日】 平成31年2月1日(金)までにお振込願います。 ※振込手数料は、ご負担願います。</b> 申込者のご都合により受講申込みを解約される場合は以下の通りキャンセル料を申し受けます。(受講開始後のキャンセルは不可) ①お申込み締切日の前日まで/無料 ②締切日~研修第1日目の前日まで/3,000円 ③研修第1日目当日/受講料金の50%
------------------	---

※ 太線枠内をご記入のうえ下記の申込み先にメールまたはFAX送信ください。 [助成金申請予定の方は1.5か月前までにお申込み下さい。]  
 ※ この申込書等でご提供頂いた個人情報は、個人情報に関する法令およびその他の規範を順守し、また、公益社団法人虹の会の個人情報保護方針に則り厳重に管理し、本研修事業の運営のみで使用致します。  
 (写真・ビデオ撮影使用許諾のお願い)  
 公益社団法人虹の会は、本研修の実施において、以降の研修告知・研修紹介・補助教材作成等を目的とした写真・ビデオ撮影を行います。この趣旨にご理解を頂き、ご協力を頂ける方のみ研修にご参加頂けます。

**【お申込み先】 Mail: onfukushi@nijinokai.or.jp 又は Fax: 03-5642-8401**  
**※お申込み締切日:平成31年1月30日(水)**

※ 以下は記入しないでください。(事務局使用欄) RT0134

受付	年 月 日	受講者番号	
----	-------	-------	--