ニチイ教育講座　受講申込書

私は下記の個人情報使用目的に同意の上、下記講座を申し込みます。

※太線内をご記入ください

フリガナ	姓	名	性別	男 ・ 女	生年月日	昭和・平成　年　月　日	年齢	歳
署名								
住所	〒　　-							
職業	① 会社員　② 主婦　③ 学生　④ パート　⑤ フリーター　⑥ 無職　⑦ 医療機関従事者　⑧ 介護従事者 ⑨ 保育従事者　⑩ 自営業　⑪ その他　（　　）							
電話		Eメールアドレス	@					
保護者名		※18歳未満の方は保護者の方の署名と捺印をお願いします	印					

ご希望講座　＊ ご希望の講座名をご記入のうえ、通学制・通信制のいずれかをお選びください。ホームヘルパー2級講座をお申込される方は、講座名のみご記入ください。

[　　] 講座　　通学制 ・ 通信制

ご希望コース　＊ 医療事務講座をお申込される方のみ、以下の番号の中からお選びください。

通学制	① 医科　② 歯科　③ 医科コンピュータセットコース
通信制	① 医科　② 歯科　③ 医科DVD　④ 歯科DVD

ご希望コース　＊ ベビーシッター講座 通信制をお申込される方のみ、以下の番号の中からお選びください。

通信制	① ビデオ　② DVD

ご希望クラス　＊ ホームヘルパー2級講座または通学制をお選びになった方のみご記入ください。

第1希望	月生　（　　）教室　開講日　（　）月（　）日（　）曜日 クラス　① 午前　② 午後　③ 夜間　④ 短期　⑤ 土曜日　⑥ 全日　⑦ その他　（　　）
第2希望	月生　（　　）教室　開講日　（　）月（　）日（　）曜日 クラス　① 午前　② 午後　③ 夜間　④ 短期　⑤ 土曜日　⑥ 全日　⑦ その他　（　　）

お支払い方法（以下の中から1つお選びください）

一括	① 現金一括（郵便振込み）　② クレジットカード一括　（カード名：　　）
分割	③ ニチガククレジット分割　分割回数（3・6・10・15・20・24）回　※いずれかに○をつけてください

給付制度のご利用　＊ ご利用できない講座もございます。あらかじめご確認ください。

① 教育訓練給付制度　② 自立支援教育訓練給付金事業

割引制度のご利用　＊ 講座によってはご利用できない割引制度もございます。あらかじめご確認ください。<※>がついている項目は必ずご記入ください。

① 紹介割引	紹介者氏名※　（　　）紹介者受講生番号※　（　　） 紹介者住所　〒　　-
② 受講経験割引	受講講座※　（　　）受講生番号※　（　　）
③ 学生割引	学校名※　（　　）学籍番号　（　　）
④ グループ割引	（　　）名※　人数分の申込書を1つの封筒にとりまとめてお送りください。

弊社記入欄

● 受講生番号

● 案内請求NO　　● 媒体NO

受領印

個人情報の取り扱いについて

ご記入いただいたお客様の個人情報の使用目的は以下のとおりです。

① 弊社からの教育講座のご案内
② 弊社からの上記以外の商品のご案内
③ 弊社からの就業に関するご案内
④ お客様との連絡及び満足度等の調査

※なお、弊社では上記の業務について、弊社監督の元、業務の一部を委託する場合があります。

＜個人情報問い合わせ窓口＞

㈱ニチイ学館　教育部

TEL. 03-3291-6226　Fax 03-3291-6939

受付時間：平日9：00～17：15

（開示などの請求は上記窓口で承ります）

↓お送り先はコチラ！

〒101-8688　東京都千代田区神田駿河台2-9

㈱ニチイ学館　教育講座受講受付係