


# 介護福祉士実務者研修 受講申込書

●黒ボールペンで太枠内にご記入の上、必ず写真を貼り付けてください

申込日	年 月 日			写真貼り付け 
フリガナ			性別	
氏名			男・女	
生年月日	昭和 平成	年 月 日 ( 歳)		
住所	〒 -			
連絡先 電話番号	自宅電話	-	-	
	携帯電話	-	-	
	緊急時の連絡先	-	-	(続柄 )
勤務先 電話番号	名称:	〒 -		
		TEL - -		
介護経験	有・無 ( 年 ヶ月)	経験場所	施設介護 その他(	在宅介護 家族の介護
資格取得 後の予定				
現在お持 ちの資格				お持ちの資格修了証のコピーを 添付下さい。(無資格の方は不要です)
この講座をどのようにしてお知りになりましたか? 広告 ホームページ 知人、家族からの紹介 当法人職員( )からの紹介 以前の受講生( )からの紹介 その他 ( )				
現在介護職として勤務をしていますか? している していない していると答えの方は、施設・事業所名のご記入をお願いします。 ( )				
学習の目的 ・サービス提供責任者になるため ・介護福祉士受験のため その他 ( )				

当法人で開催する介護職員実務者研修に際して提出していただいた個人情報につきましては、厳重に管理し、本研修以外には使用いたしません。

## \* 本講座使用欄

本人確認	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 市民カード <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> 学生証			
所有資格	<input type="checkbox"/> 介護職員初任者研修修了 <input type="checkbox"/> ホームヘルパー2級修了 <input type="checkbox"/> 訪問介護研修1級修了 <input type="checkbox"/> 介護職員基礎研修修了 <input type="checkbox"/> 無資格			
受付NO	受付日	受付者	備考	
	年 月 日			
通信添削	記述式	eランニング		

● ご本人の確認が出来る上記の書類のいずれかを、コピーにて一緒にご送付お願いします。