

受講お申込書（一般の方・法人会員様用）

受付 No.	
受付日	年 月 日

フリガナ氏名		男・女	生年月日 昭和・平成（ 歳） 年 月 日生	写真貼付 [タテ]4cm×[ヨコ]3cm 正面・無帽（顔がはっきり確認できればデジタルプリントでも可）
フリガナ現住所（住民登録がある住所）	〒 ー			
連絡先（現住所）	TEL（ ） ー	携帯（必須）（ ） ー		
	FAX（ ） ー	携帯 mail(必須)		
受講時使用路線（自宅→会場）	社名：（路線： 線）	駅／社名：（路線： 線）	駅	
	社名：（路線： 線）	駅／社名：（路線： 線）	駅	
お勤め先事業所名			実務経験年数：計 年	
フリガナお勤め先所在地	〒 ー			
法人会員様ご証明欄	上記の者は、本法人の職員であることを証明します。			
※本年度の当学園法人会員事業所様の方	貴法人(施設)名		公印	
	お役職名		ご芳名	
修了済の研修・講習 ※お申込時に修了済の研修の有無を記載して下さい。 ※受講開始日に修了証（写）をご提出下さい。	該当に○印	修了済の研修名	受講開始期限（この日までに受講を開始して下さい）	
		該当無し	2026年 6月 6日（土） 6ヶ月程度	
		介護職員基礎研修	2026年10月24日（土） 1ヶ月程度	
		介護職員初任者研修	2026年 8月22日（土） 3～4ヶ月程度	
		ホームヘルパー1級	2026年 9月12日（土） 2～3ヶ月程度	
		ホームヘルパー2級	2026年 8月22日（土） 3～4ヶ月程度	
		ホームヘルパー3級	2026年 6月 6日（土） 6ヶ月程度	
	認知症介護実践者研修	2026年 6月 6日（土） 6ヶ月程度		
受講開始希望日 ※必ず第3希望までご記入下さい。	<input type="checkbox"/> 第1希望 2026年 月 日 午前・午後 <input type="checkbox"/> 第2希望 2026年 月 日 午前・午後 <input type="checkbox"/> 第3希望 2026年 月 日 午前・午後	※受講開始日に1時間程度のオリエンテーションを実施しますので、受講開始希望日は、月～土（日祝除く）をお願い致します。		
スクーリング希望会場	<input type="checkbox"/> 大阪会場（新大阪駅前） <input type="checkbox"/> 鳥取会場（鳥取駅前）		※最低開講人数に満たない場合は、開講しないことがあります。	
受講費用	講座名：介護福祉士実務者研修（通信併用） 受講料 + テキスト代 円（法人会員・一般） ※案内をご参照ください。			

※お支払いいただいた受講料は、理由の如何を問わずご返金致しかねますので、予めご了承ください。