

受講お申込書（一般・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	<div>写真貼付</div> <div>[タテ]4cm×[ヨコ]3cm</div> <div>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）</div>
フリガナ現住所 （住民登録がある住所）				
連絡先（現住所）	TEL（ ） —	携帯（必須）（ ） —		
	FAX（ ） —	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				
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。 <div>貴法人(施設)名 公印</div> <div>お役職名 ご芳名</div>			
※2022 年度の 当会法人会員 事業所様の場合				
修了済の 研修・講習	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）	
※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。		該当無し	2023 年 6 月 1 0 日（土）	6 ヶ月程度
		介護職員基礎研修	2023 年 1 0 月 2 8 日（土）	1 ヶ月程度
		介護職員初任者研修	2023 年 8 月 2 6 日（土）	3～4 ヶ月程度
		ホームヘルパー 1 級	2023 年 9 月 1 6 日（土）	2～3 ヶ月程度
		ホームヘルパー 2 級	2023 年 8 月 2 6 日（土）	3～4 ヶ月程度
		ホームヘルパー 3 級	2023 年 6 月 1 0 日（土）	6 ヶ月程度
		認知症介護実践者研修	2023 年 6 月 1 0 日（土）	6 ヶ月程度
受講開始 希望日	<input type="checkbox"/> 第1希望 2023年 月 日 午前・午後 <input type="checkbox"/> 第2希望 2023年 月 日 午前・午後 <input type="checkbox"/> 第3希望 2023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。