

【介護福祉士実務者研修】

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	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）	〒 —			
連絡先（現住所）	TEL（ ） — FAX（ ） —	携帯（必須）（ ） — 携帯 mail(必須)		
受講時使用路線（自宅→会場）	社名：（路線： 線） 社名：（路線： 線）	駅／社名：（路線： 線） 駅／社名：（路線： 線）	駅 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  ※本年度の 当会法人会員 事業所様の場合	上記の者は、本法人の職員であることを証明します。  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	2024年 6月 8日（土）	6ヶ月程度
		介護職員基礎研修	2024年10月26日（土）	1ヶ月程度
		介護職員初任者研修	2024年 8月24日（土）	3～4ヶ月程度
		ホームヘルパー1級	2024年 9月14日（土）	2～3ヶ月程度
		ホームヘルパー2級	2024年 8月24日（土）	3～4ヶ月程度
		ホームヘルパー3級	2024年 6月 8日（土）	6ヶ月程度
		認知症介護実践者研修	2024年 6月 8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	2024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。
	<input type="checkbox"/> 第2希望	2024年 月 日	午前・午後	
	<input type="checkbox"/> 第3希望	2024年 月 日	午前・午後	
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。