

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 デジカメプリントでも可）
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 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 ※本年度の当学 園法人会員事 業所様の方	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		2025 年 6 月 7 日（土） 6ヶ月程度	
		介護職員基礎研修		2025 年 10 月 25 日（土） 1ヶ月程度	
		介護職員初任者研修		2025 年 8 月 23 日（土） 3～4ヶ月程度	
		ホームヘルパー 1 級		2025 年 9 月 13 日（土） 2～3ヶ月程度	
		ホームヘルパー 2 級		2025 年 8 月 23 日（土） 3～4ヶ月程度	
		ホームヘルパー 3 級		2025 年 6 月 7 日（土） 6ヶ月程度	
		認知症介護実践者研修		2025 年 6 月 7 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。	☐ 第1希望 2025 年 月 日 午前・午後 ☐ 第2希望 2025 年 月 日 午前・午後 ☐ 第3希望 2025 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	☐ 大阪会場（新大阪駅前） ☐ 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。