

● 申込者情報

フリガナ			性別	証明写真貼付
氏名	姓	名	男・女	
生年月日	昭和・平成 年 月 日 (歳)			
フリガナ				
住所	〒 -			
連絡先	電話番号	()	メールアドレス	@
	携帯番号	()		
勤務先情報	職業			
	法人名			
	住所			
	電話番号			
所有資格	<input type="checkbox"/> 無資格 <input type="checkbox"/> 訪問介護員(ヘルパー)1級課程修了者 <input type="checkbox"/> 訪問介護員(ヘルパー)2級課程修了者 <input type="checkbox"/> 訪問介護員(ヘルパー)3級課程修了者		<input type="checkbox"/> 介護職員基礎研修修了者 <input type="checkbox"/> 医療的ケア研修修了者 <input type="checkbox"/> 介護職員初任者研修修了者	
	※修了証のコピーを受講申込書に添付してください。			
支払方法	<input type="checkbox"/> 一括	※分割は6回まで	持病	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
	<input type="checkbox"/> 分割 (回)		障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
本人確認書類	<input type="checkbox"/> 戸籍抄本・戸籍謄本・住民票		<input type="checkbox"/> パスポート	
	<input type="checkbox"/> 健康保険証	<input type="checkbox"/> 運転免許証(両面写し)		
	<input type="checkbox"/> その他 ()		※顔写真がない書類は2種類添付	

● 事前アンケート

受講の動機	
面接授業時の交通手段	<input type="checkbox"/> 車 <input type="checkbox"/> バイク <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> その他 ()
その他	<ul style="list-style-type: none"> 介護福祉士国家試験の受験予定はいつですか。 令和__年1月 <input type="checkbox"/> 未定 実務経験はどれぐらいですか。 __年__月 研修修了後または研修中に就職や転職を希望されますか。 <input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> 検討中

※個人情報の取り扱い：記載内容は「介護福祉士実務者研修」以外には使用いたしません。

※テキストや課題等は郵送されますので、「氏名」「住所」等は正確に記入してください。

受付通知

修了証

受講証明

本部

受付
