

介護福祉士実務者研修 申込書



必要事項をご記入下さい。 ※ □ には、該当するものに「✓」を入れて下さい

申込日	平成 ()年 ()月 ()日						
フリガナ							
氏名	修了証はこの名前で発行されます。本人確認書類(運転免許証など)と同じ名前・同じ字体で記入下さい。						印
親権者氏名	【未成年者のみ親権者の同意が必要です】 (続柄:)						印
親権者連絡先	ご住所 〒 - 電話番号						
生年月日	S・H ()年 ()月 ()日	年齢	歳	性別	男・女		
現住所	〒()-()						
連絡先	自宅TEL	()-()-()	携帯TEL	()-()-()			
	メールアドレス	()@()					

お持ちの資格に☑してください。(資格証のコピーを添付してください)

- ヘルパー1級 ヘルパー2級 喀痰吸引等研修(1号・2号)
- 介護職員初任者研修 介護職員基礎研修
- 無資格・ヘルパー3級 (資格証のコピー添付は不要です)

希望コース	平成 年 月 日	※介護職員基礎研修修了の方は6日目「医療的ケア」のみ出席となります。 ※希望コースの1日目(初日)の日付をご記入ください。
-------	----------	--

通学教室	教室
------	----

※当校では介護福祉士を既に取得されている方はご受講を受け付けておりません。

※喀痰吸引等研修(1号・2号)を修了者(お申込みの時までに修了していること)は、「医療的ケア」科目が免除となります。
3号研修修了者、特養経過措置研修の方は免除対象外です。

お支払	<input type="checkbox"/> コンビニー一括支払 <input type="checkbox"/> コンビニ分割支払 (※介護職員基礎研修修了者は対象外)
	<input type="checkbox"/> 法人用コンビニ一括支払 <input type="checkbox"/> 法人宛請求書一括支払 (※法人・事業所払の場合分割不可)
※法人宛請求書払いの場合	送付先: 〒 - 法人名: ご担当者様:
給付制度使用	<input type="checkbox"/> 教育訓練給付制度 <input type="checkbox"/> 母子家庭等自立支援給付金制度
割引制度	<input type="checkbox"/> 受講生・修了生割引 <input type="checkbox"/> 紹介割引(受講生・修了生・派遣スタッフ) 【紹介者名:
割引の併用不可 (キャンペーンとの併用可能)	<input type="checkbox"/> ヤング割(10~20代の方) <input type="checkbox"/> シニア割(50代以上の方)
	<input type="checkbox"/> ファミリー割 【同時申込みのご家族様: 】
	<input type="checkbox"/> ペア割 【同時申込みのご友人様: 】
	<input type="checkbox"/> キャリアアップ応援制度 (回目)
	<input type="checkbox"/> レク介護士2級との同時申込割引 : お申込みのレク介護2級コース= 年 月 日 教室

※事務処理	H28(/)コース ・ H29 (/)コース
-------	----------------------------