

平成 30 年度

介護福祉士実務者研修 受講申込書

申込日 平成 年 月 日

申込研修	( ) 月コース ※希望の開講月を記入		
フリガナ			性別
氏名	姓	名	男・女
生年月日	昭和・平成 年 月 日 ( ) 歳		写 真 (縦 4 cm×横 3.5 cm)
フリガナ			
住 所	〒 (アパート・マンション名、号棟、部屋番号等は正確に記入してください)		
電話番号	[自 宅]		[メールアドレス] 必須
	[携 帯]		
勤務先	[名 称]		
	[所在地]		
	[電 話]		
保持資格	保持資格をチェックしてください		
	<input type="checkbox"/> 介護職員基礎研修修了者 <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"/> 無資格者 <input type="checkbox"/> 介護初任者研修修了者 <input type="checkbox"/> 医療的ケア研修修了者 ※資格証のコピーを必ず提出してください	
教育訓練 給 付	<input type="checkbox"/> 利用する <input type="checkbox"/> 利用しない	車通学 希 望	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

社会福祉法人蓬愛会 栃木介護福祉士専門学校

〒320-0061 栃木県宇都宮市宝木町 2 丁目 988-5

TEL : 028-652-5070 FAX : 028-652-5077