

社会福祉法人 以和貴会
介護福祉士実務者研修 受講申込書

申込日	令和 年 月 日			写真貼付 6ヶ月以内に撮影した もので、脱帽正面上 半身。
ふりがな				
氏 名	印			
生年月日	年 月 日(満 歳)	性別	男 ・ 女	
ふりがな				
住所	〒			
電話番号			携帯番号	
職歴	期間		勤務先	
	年 月 ~	年 月		
	年 月 ~	年 月		
	年 月 ~	年 月		
保有資格	<input type="checkbox"/> 介護職員基礎研修 <input type="checkbox"/> 訪問介護員1級 <input type="checkbox"/> 訪問介護員2級 <input type="checkbox"/> 訪問介護員3級 <input type="checkbox"/> 介護職員初任者研修 <input type="checkbox"/> 認知症実践者研修 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引等研修 <input type="checkbox"/> 無資格			
保護者 (未成年者のみ記入)	ふりがな			本人との続柄
	氏 名	印		
	ふりがな			
	住所	〒		
講習をどちらで知りましたか？				
受講料のお支払い方法	<input type="checkbox"/> 一括(現金) <input type="checkbox"/> 一括(銀行振込) <input type="checkbox"/> 分割(銀行振込) ※分割払いにつきましては、支払い回数と金額は別紙支払い方法確認表を参照してください。また、希望の支払い方法にチェックし提出して下さい。			

※身分証明書のコピー、資格証のコピー(資格をお持ちの方のみ)を忘れずに提出して下さい。
 ※資格証のコピーは原本をコピーして下さい。(携帯用のコピーは不可)

事業所記入欄

受付番号		担当	
可否決定	可 ・ 否 ()	受講料確認	