

令和3年度 介護福祉士実務者研修受講申込書

令和 年 月 日

<必要事項を記入、または該当する口にチェックを入れてください>

■ 申込者／連絡先

| | | | | | | | |
|----------------|--|-----|------|-----|----|---|----|
| フリガナ | | | 生年月日 | S・H | 年 | 月 | 日生 |
| 氏名 | | | 性別 | 男・女 | 年齢 | 満 | 才 |
| 住所 | 〒 _____ 県 _____ 市・郡 _____ 町・村 _____ (マンション名等も記入して下さい) | | | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 | () | | | | | |
| | 携帯 | () | | | | | |
| | メールアドレス | | | | | | |
| 所持資格 (受講料金) | <input type="checkbox"/> 無資格者 (170,000円) <input type="checkbox"/> ホームヘルパ-3級 (150,000円) <input type="checkbox"/> ホームヘルパ-2級 / <input type="checkbox"/> 介護職員初任者研修 (120,000円) <input type="checkbox"/> ホームヘルパ-1級 (50,000円) <input type="checkbox"/> 介護職員基礎研修 (30,000円) ※条件によって返金制度あり | | | | | | |
| 通学時の交通手段 | <input type="checkbox"/> 車 <input type="checkbox"/> バイク <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> その他 () | | | | | | |
| 本人確認書類 | <input type="checkbox"/> 戸籍抄本・戸籍謄本・住民票 <input type="checkbox"/> 住民基本台帳カード <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> その他 () | | | | | | |
| その他 | <input type="checkbox"/> 当法人の研修修了者 研修名 () <input type="checkbox"/> 当法人の受講生からの紹介 紹介者 () <input type="checkbox"/> その他 () | | | | | | |

■ 事前アンケート

| | | | | | | | |
|-----|---|--|--|--|--|--|--|
| ご職業 | <input type="checkbox"/> 主婦 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> アルバイト／パート <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> 求職中 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 介護職 (現在介護職として働いておられる方は施設名・事業所名を記入して下さい) | | | | | | |
| | ① 施設名 () ② 通所サービス () ③ その他 () | | | | | | |
| | 受講目的 | <input type="checkbox"/> 介護福祉士受験のため <input type="checkbox"/> サービス提供責任者になるため <input type="checkbox"/> 喀痰吸引実施のため <input type="checkbox"/> その他 () | | | | | |
| | 令和4年1月に介護福祉士を受験する | | | <input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない | | | |

※ 個人情報の取り扱い：記載していただいた内容は「介護福祉士実務者研修」以外には使用しません。

※ 「氏名」「フリガナ」「生年月日」「自宅住所」は、正確に記入してください。

本部使用欄

| | |
|--|--|
| | |
| | |

施設使用欄

| | | | |
|-----|--|-------|----|
| 施設長 | | 本部へ送付 | 受付 |
| | | | |