

## 令和6年度 介護福祉士実務者研修受講申込書

<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>

令和 年 月 日

### ■ 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	歳
住所	〒 _____ _____ 県 _____ 市・郡 _____ 町・村 <small>(マンション名等も記入して下さい)</small>					
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"/> ホームヘルパー3級 (150,000円) <input type="checkbox"/> ホームヘルパー2級 / <input type="checkbox"/> 介護職員初任者研修 (120,000円) <input type="checkbox"/> ホームヘルパー1級 (50,000円) <input type="checkbox"/> 介護職員基礎研修 (30,000円) <span style="float: right;"><u>※条件によって返金制度あり</u></span>					
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"/> 戸籍謄本・戸籍抄本もしくは住民票 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> その他国家資格等の免許証または登録証					
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7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」「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	