

介護福祉士実務者研修受講申込書

申込日 令和 年 月 日

ふりがな				性別
氏名				<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
生年月日	昭和・平成 年 月 日 (歳)			
自宅住所	〒 ー			
連絡先	自宅電話			
	携帯番号			
メールアドレス	@			
ご職業	<input type="checkbox"/> 介護職員(パート・アルバイト含む) <input type="checkbox"/> 介護職以外の正社員 <input type="checkbox"/> 介護職以外のパート・アルバイト <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> その他()			
勤務先		介護 実務経験	<input type="checkbox"/> 経験あり (年 ヶ月) <input type="checkbox"/> 未経験	
受講希望 コース	<input type="checkbox"/> 6月入学 <input type="checkbox"/> 7月入学 <input type="checkbox"/> 9月入学			
保有資格	<input type="checkbox"/> 無資格 <input type="checkbox"/> 介護職員初任者研修 <input type="checkbox"/> ホームヘルパー2級 <input type="checkbox"/> ホームヘルパー1級 <input type="checkbox"/> 介護職員基礎研修			
インターネット 環境	<input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 自宅パソコン <input type="checkbox"/> 職場パソコン <input type="checkbox"/> スマートフォン <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> なし			
お支払い方法	<input type="checkbox"/> 修学資金貸付制度利用 <input type="checkbox"/> 一括払い <input type="checkbox"/> 分割払い(2回)			
個人情報の 取扱い	申込に際して得た個人情報は、研修会の運営、管理、認定に限定し、この利用目的以外に使用することはありません			
お問い合わせ	〒509-7712 恵那市明智町1090番地 公益社団法人地域医療振興協会 市立恵那病院介護研修センター事務局 TEL 0573-55-0050 FAX 0573-55-0051			

※受講申込書はFAXにてご送信いただくようお願いいたします。

申込期限：スクーリング開始日の2週間前まで (定員になり次第締切)

公益社団法人地域医療振興協会 **市立恵那病院介護研修センター事務局**

FAX 0573-55-0051