

# 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      | 〒 -  |        |  |
| 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"/> 主婦 <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)<br><input type="checkbox"/> 未経験 |
| 受講希望コース   | <input type="checkbox"/> 6月コース <input type="checkbox"/> 7月コース(外国人のみ)<br><input type="checkbox"/> 9月コース(有資格者のみ)   |        |  |
| 保有資格      | <input type="checkbox"/> 介護職員基礎研修 <input type="checkbox"/> ホームヘルパー1級 <input type="checkbox"/> ホームヘルパー2級<br><input type="checkbox"/> 介護職員初任者研修 <input type="checkbox"/> 無資格                                     |        |  |
| 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)<br><input type="checkbox"/> なし  |        |  |
| お支払い方法    | <input type="checkbox"/> 一括払い <input type="checkbox"/> 修学資金貸付制度利用  |        |  |
| 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、認定等に使用し、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<br>恵那市大井町 2725 番地 通所リハビリセンターほほ恵み内<br>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<br>TEL 070-3998-6049 FAX 0573-22-9781  |        |  |

※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

なお、受講申込書の原本は各自保管いただき、受講開始日にご持参ください

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 0573-22-9781**