

介護福祉士実務者研修 申込書

介護福祉士実務者研修の受講を申し込みます

申込日	2024年 月 日	受講ID	
氏名	(フリガナ)	生年月日	
		昭和・平成 年 月 日(歳)	
住所	(フリガナ)		
	〒		
連絡先	(携帯) — —	(その他) — —	
	(E-mail)	@	
本人確認書類	<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> 健康保険証	<input type="checkbox"/> 住民票
	<input type="checkbox"/> 年金手帳	<input type="checkbox"/> パスポート	<input type="checkbox"/> その他()
※本人確認として、いずれか1つをコピーし提出をお願い致します。(マイナンバー不可)			
ご職業	<input type="checkbox"/> 会社員	<input type="checkbox"/> パート・アルバイト	<input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> その他()
	<input type="checkbox"/> 福祉関係者	施設名()	
実務経験	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (施設・在宅 サービスにて 年の経験あり)		
保有資格	<input type="checkbox"/> 介護職員初任者研修	<input type="checkbox"/> ヘルパー2級	
	<input type="checkbox"/> 資格なし		
※有資格者は、資格証をコピーし提出をお願い致します。			
受験予定	<input type="checkbox"/> 令和7年1月	<input type="checkbox"/> 令和8年1月	<input type="checkbox"/> 令和9年1月
	<input type="checkbox"/> 未定	<input type="checkbox"/> 受験はしない	
インターネット環境	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (自宅パソコン・会社パソコン・スマートフォン・iPad)		
通学手段	<input type="checkbox"/> 自家用車	<input type="checkbox"/> バス	<input type="checkbox"/> 電車 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> 徒歩

※テキストは、中央法規出版「介護福祉士 実務者研修テキスト」を使用いたします。

自宅学習(Web学習)のID発行は、テキストを新規購入することが条件となりますのでご了承ください。

※当法人で開催する講座に際し提出頂いた個人情報、厳正に管理し本講座以外に使用しません。

この講座をどのようにしてお知りになりましたか？

Instagram	<input type="checkbox"/> ホームページ	<input type="checkbox"/> 知人の紹介	<input type="checkbox"/> 職員から聞いた	<input type="checkbox"/> その他()
-----------	---------------------------------	--------------------------------	----------------------------------	---------------------------------

申し込み締切日 : 2024年6月3日(月)までにご提出ください。

提出先 : 〒819-0045

福岡市西区拾六町団地2番18号

社会福祉法人 恵徳会

なの国ケアスクール (担当 手嶋)

TEL 092-892-3201 FAX 092-892-3366

メールアドレス : h.teshima@keitokukai.jp

事務局使用欄

受付No	受付日	備考	受付者
	2024年 月 日		