

**キャリアサポートちどり
介護福祉士実務者研修 受講申込書**

社会福祉法人 晋栄福祉会
濱田 和則 殿

写真を貼って
ください

縦26～40mm
横24～30mm

・本人単身胸から上
・裏面のりづけ

私は表記講座へ必要書類を添付し、申し込みます。

ふりがな				印	
氏名					
性別	男 ・ 女		生年月日	昭和・平成	
住所	〒				
自宅電話			携帯電話		
ふりがな				印	
保護者 氏名				※受講生の方が18歳未満の方の場合は 保護者の署名、捺印が必要となります。	
携帯電話			緊急連絡先		
最終学歴			昭和 ・ 平成	年	月
介護福祉士 国家試験予定	平成30年1月受験予定		平成31年1月受験予定		
	平成32年1月受験予定		未定		
保有資格 ※該当に○	無資格		ヘルパー2級		
	介護職員初任者研修		介護職員基礎研修		
	ヘルパー1級		その他 ()		
受講 希望 理由					

医療的ケアの演習は4日程ございます。下記の空欄に希望される順番に番号を記入してください。
また、研修の受講が難しい場合は×を記入してください。
ご希望に添えない場合もありますので、ご了承ください。

8月22日、23日	8月29日、30日	9月5日、6日	9月12日、13日	いつでもよい

※下記の書類を添えてお申込みください。

①保有資格証のコピー

②本人確認ができる公的な書類のコピー

※運転免許証・健康保険証・住民票・年金手帳・パスポート（有効期限内のもの）・在留カード

※応募者多数の場合、抽選での選考になりますので、ご了承ください。

事務局使用欄

受付NO	受付日	受付者	受講可否	入金日	備考
			理事長	総合施設長	副施設長
			担当	担当	担当