

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

私は表記講座へ必要書類を添付し、申し込みます。

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

ふりがな				印
氏 名				
性 別	男 ・ 女	生年月日	昭和 ・ 平成	年 月 日 (歳)
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 日卒業
介護福祉士 国家試験予定		平成31年1月受験予定		平成32年1月受験予定
		平成33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21日、22日	8月28日、29日	9月4日、5日	9月11日、12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