香川県指定

介護職員実務者研修通信4月コース　受講申込書

日本介護福祉カレッジ　　御中

介護職員実務者研修通信コースを受講したいので申し込みます。

受講者名	ふりがな	性別	受講コース	4月コース
	㊞	男・女	生年月日　昭和・平成 年　月　日（　歳）	
住　所	〒　　－ （マンション名等も記載お願いします）		TEL（自宅・携帯） メールアドレス	

★所持資格によって免除科目が異なります。該当するコースに〇を記入してください。

・無資格者　・介護職員初任者研修　・訪問介護員2級

・訪問介護員1級　・認知症実践研修　・喀痰吸引等研修

・介護職員基礎研修

※資格をお持ちの方は、本紙と一緒に資格証のコピーをご提出ください。
（スクーリングの初日でも可）

職業	主婦 ・ 会社員 ・ パート/アルバイト ・ 学生 ・ 自営 ・ 無職 ・ その他
実務経験	1. 無　2. 有　（・病院　・特養　・老健　・デイサービス　・グループホーム　・その他）
受講目的	□サービス提供責任者になるため　□介護福祉士受験のため　□その他

上記内容で知り得た個人情報は、当校管理業務の目的以外で使用しません。

受付担当者	受講決定通知日	備考
	平成　年　月　日	

【お申込・お問合せ】
日本介護福祉カレッジ
〒760-0050　高松市亀井町8番地11
B-Z高松プライムビル8F（803号室）
電話;087－861－9986
FAX;087－861－9996

日本介護福祉カレッジ事務局
〒761-8063　高松市花ノ宮町1-11-15
TEL.0120-144-443