

香川県指定

介護職員実務者研修通信8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	8月コース
	①	男・女	生年月日	昭和・平成 年 月 日 (歳)
住所	〒	TEL(自宅・携帯)		
	—	メールアドレス (マンション名等も記載お願いします)		
■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○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 ・介護職員基礎研修 ・認知症実践研修 ・喀痰吸引等研修 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	<input type="checkbox"/> サービス提供責任者になるため <input type="checkbox"/> 介護福祉士受験のため <input type="checkbox"/> その他			

法人のお客様

法人向け 助成金	<input type="checkbox"/> 利用する	希望される 助成金	<input type="checkbox"/> キャリアアップ助成金 <input type="checkbox"/> キャリア形成促進助成金
	<input type="checkbox"/> 利用しない		※約2ヵ月前までに助成金の申し込み申請が必要となります。

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。
5名に満たない場合は研修が中止となる場合があります、翌月のコースに振り替えての開講となります。

【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

受付担当者	受講決定通知日	備考	
	平成 年 月 日		
受講料	円	支払い方法	



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