

実務者研修 受講申込書

受付日 令和 年 月 日

コース名	令和 年 月 時間 ヶ月コース	資格要件	<input type="checkbox"/> 無資格(未経験者)・ <input type="checkbox"/> 無資格(経験者) <input type="checkbox"/> 3級終了 <input type="checkbox"/> 2級・ <input type="checkbox"/> 初任者 <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 基礎研修 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 認知症実践研修 (該当箇所) <input checked="" type="checkbox"/>		
添削方法 (必須)	<input type="checkbox"/> Web学習 (Web学習とはスマホ・タブレット・PCで課題を回答する方法です) <input type="checkbox"/> テキスト学習 (タブレット・スマートフォンをお持ちでない方)				
ふりがな		生年月日	昭・平 年 月 日生		
受講者名		西 暦	西暦 年(必須)		
		性 別	男・女	年齢	
住 所	〒				
電 話		携帯番号			
勤務先	職業	住所 〒			
		電話			
↑ 企業紹介の方は、勤務先の施設名、施設印(もしくは施設長印)をお願いします。					
受講目的	<input type="checkbox"/> 介護福祉士受験のため <input type="checkbox"/> サービス提供責任者になるため <input type="checkbox"/> 介護職に就労のため <input type="checkbox"/> 資格取得のため <input type="checkbox"/> その他				
介護・福祉の経験	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 介護福祉施設 <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 医療機関 <input type="checkbox"/> 通所サービス <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> その他				
	実務経験 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 年 ヶ月				
介護福祉士受験経験	<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> 有		介護福祉士受験予定	平成 年	
この講座を何で知りましたか？					
<input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> チラシ <input type="checkbox"/> ライナー <input type="checkbox"/> 職場 <input type="checkbox"/> 知人・友人 <input type="checkbox"/> その他					
受講に関する連絡先	<input type="checkbox"/> 自宅		<input type="checkbox"/> 勤務先	教育訓練給付金	<input type="checkbox"/> する
領収証宛先	<input type="checkbox"/> 本人名		<input type="checkbox"/> 勤務先	分割を希望	<input type="checkbox"/> する
駐車場利用	<input type="checkbox"/> 利用する <input type="checkbox"/> 利用しない				
事務局記入欄	受付番号		<input type="checkbox"/> 法人・ <input type="checkbox"/> 企業・ <input type="checkbox"/> 卒業生・ <input type="checkbox"/> 町民 <input type="checkbox"/> 学生・知人紹介		

郵送でのお申し込み先

〒071-1523 東神楽町ひじり野南1条10丁目1番6号 花時計内 大西ケア・アカデミー

お問い合わせは → **直通電話 080-5835-3994 (担当 杉山)**