

令和6年 6月度 介護福祉士実務者研修受講申込書

さくら介護スクール

申込日 令和 年 月 日

フリガナ		性別	生 年 月 日					
氏 名	印	男・女	昭和 平成	年	月 日 (歳)			
住 所	〒 _____							
電 話	(連絡がとれる番号)		(緊急時連絡先)					
連絡が取れやすい時間帯をご記入下さい。								
勤務先	名 称							
	所在地							
	電話番号							
保有資格	保有資格を <input checked="" type="checkbox"/> してください							
	<input type="checkbox"/> 無資格 <input type="checkbox"/> 訪問介護員（ヘルパー）1級課程修了者 <input type="checkbox"/> 訪問介護員（ヘルパー）2級課程修了者 <input type="checkbox"/> 訪問介護員（ヘルパー）3級課程修了者		<input type="checkbox"/> 介護職員基礎研修修了者 <input type="checkbox"/> 医療的ケア研修修了者 <input type="checkbox"/> 介護職員初任者研修修了者 ※修了証のコピーを申込書に添付してください					
支払方法	どちらかに○をつけて下さい。 1. 現金で一括払い 2. 分割払い (_____ 回) 3. その他 (_____) ※銀行振込など							
本人確認書類 <small>(どれか1つ)</small>	<input type="checkbox"/> 戸籍抄本・戸籍謄本・住民票 (3ヶ月以内) <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード		<input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 学生証 ※コピーを申込書に添付してください					
備 考								
※今回記載していただいた個人情報は当法人にて厳重に管理し、当事業の目的以外では使用いたしません。								
【郵送・お問合せ先】 〒013-0036 横手市駅前町14番9号 社会福祉法人横手福祉会 さくら介護スクール 担当 和賀宛			介護福祉士受験希望 有 ・ 無					
※持参または郵送でお申込み下さい。								

事務局記載欄								
受付日		受付者		本人確認書類		受講可否		学籍番号