

令和 8年 7月 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		男・女	昭和 年 月 日 (歳) 平成
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☑してください		
	<input type="checkbox"/> 無資格	<input type="checkbox"/> 介護職員基礎研修修了者	
	<input type="checkbox"/> 訪問介護員（ヘルパー）1級課程修了者	<input type="checkbox"/> 医療的ケア研修修了者	
	<input type="checkbox"/> 訪問介護員（ヘルパー）2級課程修了者	<input type="checkbox"/> 介護職員初任者研修修了者	
	<input type="checkbox"/> 訪問介護員（ヘルパー）3級課程修了者	※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 (どれか1つ)	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード	<input type="checkbox"/> 健康保険確認書 <input type="checkbox"/> 学生証 ※コピーを申込書に添付してください	
備 考	※講義に関して配慮して欲しいことなどありましたらご記入下さい。		

※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

※持参または郵送でお申込み下さい。

令和 8年度 介護福祉士受験希望

有 ・ 無

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
-----	--	-----	--	--------	--	------	--	------