

介護福祉士実務者研修 受講申込書

令和 年 月 日

社会福祉法人 神戸福生会
理事長 大和田 理紗様

私は、令和3年 10月開講の介護福祉士実務者研修（通信課程）受講を申し込みます。

ふりがな 名前			男 ・ 女	証明写真 縦4cm、横3cm ※単身、胸から上 直近3か月以内に 撮影のもの
生年月日	昭和・平成 年（西暦 年） 月 日（ 歳）			
連絡先	住所	〒 -		
	電話	自宅（ ） -	携帯 -	
資格 ○で囲む	資格なし ・ 初任者研修 ・ ヘルパー2級 ・ ヘルパー1級 介護職員基礎研修 ・ 認知症実践者研修 ・ 喀痰吸引等研修			
通学手段 ○で囲む	電車：阪急・阪神・JR・市営地下鉄 バス バイク（原付含む） ・ 自転車 ・ 徒歩 ※駐車場の使用はできません			
受講理由				
国家試験 受験予定 年	令和 年 介護福祉士国家試験受験予定			
お申込の きっかけ 複数可	法人ホームページ ・ 折込広告（ ） ・ 知人の紹介 その他（ ）			

- ※ 本人と確認できるもの（運転免許証・健康保険証等）のコピーを添えつけてください。
※ 資格をお持ちの方は資格者証のコピーを添えつけてください。

事務局記載欄

受付日		受付者		本人確認 書類		入金確認	
-----	--	-----	--	------------	--	------	--