

キャリアサポートちどり  
介護福祉士実務者研修 受講申込書

社会福祉法人 晋栄福祉会  
濱田 和則 殿

写真を貼って  
ください  
縦26～40mm  
横24～30mm  
・本人単身胸から上  
・裏面のりづけ

私は表記講座へ必要書類を添付し、申し込みます。

ふりがな			印
氏名			
性別	男・女	生年月日	昭和・平成 年 月 日 ( 歳)
住所	〒		
自宅電話		携帯電話	
ふりがな			印
保護者氏名			※受講生の方が18歳未満の方の場合は保護者の署名、捺印が必要となります。
携帯電話		緊急連絡先	
最終学歴		昭和・平成	年 月 日卒業
介護福祉士 国家試験予定	令和3年1月受験予定		令和4年1月受験予定
	令和5年1月受験予定		未定
保有資格 ※該当に○	無資格		ヘルパー2級
	介護職員初任者研修		介護職員基礎研修
	ヘルパー1級		その他 ( )
受講希望理由			

医療的ケアの演習は4日程ございます。下記の空欄に希望される順番に番号を記入してください。  
また、研修の受講が難しい場合は×を記入してください。  
ご希望に添えない場合もありますので、ご了承ください。

8月18日、19日	8月25日、26日	9月1日、2日	9月8日、9日	いつでもよい

※下記の書類を添えてお申込みください。

①保有資格証のコピー

②本人確認ができる公的な書類のコピー

※運転免許証・健康保険証・住民票・年金手帳・パスポート（有効期限内のもの）・在留カード

※応募者多数の場合、抽選での選考になりますので、ご了承ください。

事務局使用欄

受付NO	受付日	受付者	受講可否	入金日	備考	
			理事長	総合施設長	副施設長	担当