|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 |  |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

一般社団法人

福知山民間社会福祉施設連絡協議会　殿

介護福祉士実務者研修　受講申込書

下記により、介護福祉士実務者研修の受講を申し込みます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| フリガナ |  | ＊証明写真貼付＊裏面に氏名を記載のこと＊3か月以内に撮影、脱帽のこと |
| 氏　名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 生年月日 | 　　　　　　　年　　　月　　　日（満　　　歳）昭和平成 |
| フリガナ |  |
| 住　所 | 〒 |
| 電話番号 |  | 携帯電話 |  |
| 申込コース○をしてください | Ａクラス | Ｂクラス | ※希望通りにならないことがあります。 |
| 資格の有無○をしてください |  | 取得資格無し | 受講料　　１３０，０００円 |
|  | 訪問介護員（２級）資格 | 受講料　　１００，０００円 |
|  | 介護職員初任者研修修了者 | 受講料　　１００，０００円 |
|  | 訪問介護員（１級）資格 | 受講料　　　８０，０００円 |
|  | 福祉即戦力人材養成修了者 | 受講料　　　８０，０００円 |
| **国家試験対策講座をセットで申し込む****場合は、右に〇をつけてください。** | **申し込む** | **申し込まない** |
| ※申し込む場合は、国家試験対策講座の申込書を一緒に提出願います。 |
| 勤務先勤務されていない場合は記入不要 | 法人名 |  | 勤務先(施設名) |  |
| 住　所 | 〒 |
| 電話番号 |  |
| 福祉職場の経験年数 | 有　　（　　　）年（　　　）ヶ月 | 無 |

○必要添付書類　※取得済みの資格証明書のコピー　※身分証明書のコピー