

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	
氏名	(印)			*裏面に氏名を記載のこと	
生年月日	昭和 平成	年	月	日 (満 歳)	*3か月以内に撮影、脱帽のこと
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○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