

## 介護福祉士実務者研修 《受講申込書》

K J K介護福祉士実務者研修科 施設長 殿

私は個人情報の取扱いに同意の上、下記により介護福祉士実務者研修講座の受講を申し込みます。

**※黒のボールペンで楷書にて、正確に漏れ無くご記入ください。**

申込日	年 月 日現在	印鑑	性別	<b>証明写真貼付</b> 縦 4 cm×横 3 cm 6か月以内 正面上半身脱帽 写真裏面に氏名記入 (白黒可)
フリガナ				
氏名	(証明書類に使用しますので、暦本上の表記でご記入ください。)	㊟	男 女	
生年月日	昭和 年 月 日生 平成 (西暦 年)	年齢 (満 歳)		
現住所	〒 郵便番号・マンション・アパート名、部屋番号まで正確にご記入ください 都 道 府 県			
携帯番号		電話番号	番号の関連：自宅・会社・他 ( )	
メールアドレス (システム登録に必要)	@	国家試験 受験予定	<input type="checkbox"/> 年 1月受験予定 <input type="checkbox"/> 年 1月受験予定 <input type="checkbox"/> 受験予定なし	
現在の勤務先 (介護のサービス内容がわかるようにご記入ください)	法人名 事業所名 (施設名)	<input type="checkbox"/> 訪問 <input type="checkbox"/> 通所 <input type="checkbox"/> 特養 <input type="checkbox"/> 老健 <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 小規模多機能 <input type="checkbox"/> 障害者支援 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> その他		
	住所	〒		
<input type="checkbox"/> 現在勤めていない	電話番号	勤務年数 通算	年 月	
<b>誓約書</b> 署名捺印が必須	受講許可の上は、規則を守り、自己の使命を全うし、勉勵することを誓います。 万一、本分に違背した場合は、いかなる処分に対しても異議を申し立てないことを誓約いたします。 <div style="text-align: right;">年 月 日 (受講者本人署名) ㊟</div>			

※介護過程Ⅲスクーリングのグループ分けの参考にいたします。

<b>※現在の勤務先以前の介護関連の職歴が有れば、ご記入ください。</b>	
施設種別及び主な業務内容がわかるようにご記入ください。	勤務年数
	約 年 月
	約 年 月
	約 年 月

**裏面も記入欄があります⇒**

①既に取得済の資格に☑を付けてください。

②受講を希望する会場ご記入ください。

資格コード	取得資格
<input type="checkbox"/> 1	取得資格無し
<input type="checkbox"/> 2	ヘルパー3級
<input type="checkbox"/> 3	ヘルパー2級
<input type="checkbox"/> 4	ヘルパー1級
<input type="checkbox"/> 5	介護初任者研修
<input type="checkbox"/> 6	介護職員基礎研修

会場名

③受講希望の講座に☑を付けてください。

講座コード	講座種別
<input type="checkbox"/> 42001	実務者研修のみ
<input type="checkbox"/> 42002	実務者研修+国家試験対策講座

⑤受講者が未成年の場合は、保護者の同意が必要です。保護者の自署・押印をしてください。  
当講座の受講申込に同意し、受講者本人と共に責務を遂行いたします。

年 月 日 (保護者署名・押印) \_\_\_\_\_ 印