

訪問介護員養成研修 2 級課程 ( 通信 ) 受講申込書

希望コース	コース	開講日 /
(ふりがな) 申込者名	( )	男 ・ 女
生年月日	S ・ H	年 月 日生 (満 歳)
住 所	〒 - 最寄り駅 ( ) 駅	
電話番号	( ) - ( ) (自宅)	( ) - ( ) (携帯)
FAX 番号	( ) -	
勤 務 先	無 ・ 有 ( )	
紹介先 (紹介の方)	住所 名前 電話番号 ( ) -	
資格・実務経験等  該当するものに	訪問介護員養成研修 3 級修了者 現在、施設において介護職に就いている方もしくは過去 3 年間に 6 ヶ月以上の介護実務経験がある方 訪問介護員として実務経験が過去 3 年間に 6 ヶ月以上 一部実習免除の制度があり、申請をするには証明書の提出が必要になります	
助成金・補助金の申請	無 ・ 有 ( )	
受講希望の動機		

お申し込み時にいただいた個人情報は、本講習、当社の行う研修案内及びアンケート以外には使用致しません。

健康状態についてお聞きします ( 実習等があるためお聞かせ下さい )

該当するものに

健康状態	心身ともに	良好	・	不良
現在治療中 ( 又は服薬 )	無 ・ 有 ( )			

ご心配なことがありましたら事前にご相談下さい



裏面は、開講式後 ( ガイダンス終了後 ) にご記入いただきます