

受講申込書

申込日		平成 年 月 日		申込期限：平成30年8月1日(水)消印有効	
受講者	フリガナ			性別	
	氏名			男 ・ 女	
	生年月日	昭和 ・ 平成 年 月 日 (満 才)		写真貼付 (3cm×4cm)	
	住所	〒			
	電話番号	()	携帯電話		
	本人確認書類	●本人確認のため、下記のいずれかの身分証明書(写し)の提出が必要です。提出する書類に☑を付けてください。 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> 戸籍謄本または抄本 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> その他()			
保有資格	●受講対象は以下のいずれかの資格保有者です。保有資格に☑を付けてください。 また、該当資格の <u>資格証写しを本受講申込書に添付</u> してください。 <input type="checkbox"/> 介護職員初任者研修 <input type="checkbox"/> ホームヘルパー2級				
実務経験	●受講対象は第31回介護福祉士国家試験受験資格に相当する実務経験※を有する方です。※従事期間3年(1,095日)かつ従事日数540日以上				
	事業所名(上から順に新しいものを記入)			従事期間	
				年 月	
				年 月	
				年 月	
実務経験合計			年 月		
勤務先	フリガナ				
	勤務先名称	(法人名)	(施設・事業所名)		
	所在地	〒			
連絡先	()	FAX	()		
受講希望理由					
勤務先法人記入欄	上記の者は、平成30年度 eラーニング・通信教育を活用した介護中核人材育成事業の受講要件を満たし、受講者として適切と認めるため、当法人より受講の推薦を致します。 <p style="text-align: center;">平成 年 月 日 法人名 代表者名 印</p>				

※本申込書等にて頂いた個人情報は、個人情報保護法及び関連法令に基づき適正に管理、保護し、研修以外の利用や第三者への情報提供は行いません。
※本申込書は合否に関わらずご返却致しませんので、あらかじめご了承ください。