

介護福祉士実務者研修 受講申込書

大西ケア・アカデミー FAX 0166-74-5032

受付日 平成 年 月 日

コース名	平成 年 月 教室	所持資格	<input type="checkbox"/> 無資格(未経験者)・ <input type="checkbox"/> 無資格(経験者) <input type="checkbox"/> 3級終了 <input type="checkbox"/> 2級・初任者 <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 基礎研修 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 認知証実践研修 (該当)		
ふりがな			生年月日	昭・平 年 月 日生	
受講者名			性別	男・女	年齢
住所	〒				
電話			携帯番号		
FAX			メールアドレス		
勤務されている方	(勤務先)病院名・施設名		住所	〒	
			TEL		
			FAX		
受講要件に関する所持資格	資格名		取得年月日		経験年数
			年 月 日		年
			年 月 日		年
事前アンケート					
受講目的	<input type="checkbox"/> 介護福祉士受験のため <input type="checkbox"/> サービス提供責任者になるため <input type="checkbox"/> 介護職に就労のため <input type="checkbox"/> 資格取得のため <input type="checkbox"/> その他				
介護・福祉の経験	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 通所サービス <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> その他				
実務経験年数	年 ヶ月		介護福祉士受験予定	平成 年	
受講に関する連絡先	<input type="checkbox"/> 自宅		<input type="checkbox"/> 勤務先		
領収証宛先	<input type="checkbox"/> 自宅		<input type="checkbox"/> 勤務先		
駐車場利用	<input type="checkbox"/> 利用する		<input type="checkbox"/> 利用しない		
事務局記入欄	受付番号		特記		

郵送及びFAXでのお申し込み先

★ご不明な事は気軽にお問い合わせください。

〒071-1523 東神楽町ひじり野南1条10丁目1番6号 花時計内 大西ケア・アカデミー
 講座直通電話 080-5835-3994(担当 杉山)
 電話 0166-74-5015 ・ FAX 0166-74-5032