

福井県医療福祉専門学校

介護職員初任者研修[通信制] 受講申込書

コース	6月コース（土曜） ・ 11月コース（日曜）			
ふりがな				
氏名				印
生年月日	昭和 平成	年	月	日（満 歳）
			性別	男 ・ 女
住所	〒 - 都 道 府 県			
電話番号	自宅	-	-	携帯
				-
メールアドレス				
最終学歴				
勤務先				
就職希望	介護分野への就職を <input type="checkbox"/> 希望している <input type="checkbox"/> 希望していない			
保護者 (未成年者 のみ記入)	ふりがな			続柄
	氏名			電話番号
				-
	住所	〒 - 都 道 府 県		
割引 <input type="checkbox"/> 併用不可	<input type="checkbox"/> 本校修了生/受講生紹介割引（3,000円） → <input type="text"/> 紹介者氏名 <input type="text"/> 講座名 <input type="text"/> コース 年 月コース <input type="checkbox"/> 施設紹介割引（3,000円） → 施設/事業所/企業様の押印をお願いします。 施設/事業所/企業印 <input type="checkbox"/> 学生割引（3,000円） → 学生証の写しを添付してください。 <input type="checkbox"/> グループ割引（3,000円） → <input type="text"/> 一緒に受講される方の氏名			
教育訓練 給付金制度	厚生労働省「教育訓練給付金制度」の要件に、 <input type="checkbox"/> 該当する <input type="checkbox"/> 該当しない ※概要や要件については、当パンフレット内のご説明をご参照ください。			

写真貼付

- 1.最近6ヶ月以内に撮影したもので、脱帽正面上半身。
- 2.縦4cm×横3cm。
- 3.カラー・モノクロどちらでも可。

※身分証明書の写しを添えてお申し込みください。※申込期限は開講初日の1週間前必着です。
 ※教育訓練給付金の申請をされる方は、開講日1か月前までにハローワークに別途申請が必要です。