

令和7年度（2025年度）

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）				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。	
ふりがな						
氏名	印					
生年月日	昭和 平成	年	月	日（満 歳）		
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	電話番号
	氏名	印				- -
	ふりがな					
	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） → 紹介者氏名 講座名 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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="checkbox"/> 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。					

※身分証明書の写しを添えてお申し込みください。

※申込期限はパンフレットに記載の締切日必着です。

※教育訓練給付金の申請をされる方は、開講日の2週間前までにハローワークに別途申請が必要です。