

福井県医療福祉専門学校
介護福祉士実務者研修[通信制] 受講申込書

コース	(ご希望のコースに○を付けてください)										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。
	プライム ハイツ春江	第3和上苑	生喜会	A	B	C	D	E	F	G	
ふりがな						学習方法					
氏名						PC版 ・ 郵送版					
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	(大学院の場合は専攻科名、大学/短大/専門学校/高校の場合は学科/コース名まで記載してください)										
勤務先											
保有資格	<input type="checkbox"/> 介護職員基礎研修 <input type="checkbox"/> ホームヘルパー1級 <input type="checkbox"/> ホームヘルパー2級 <input type="checkbox"/> 介護職員初任者研修 <input type="checkbox"/> ホームヘルパー3級 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引等研修 <input type="checkbox"/> 認知症実践者研修 <input type="checkbox"/> 無資格										
保護者 (未成年者 のみ記入)	ふりがな					続柄	電話番号				
	氏名						- -				
	ふりがな										
	住所	〒 - 都道 府県									
割引	<input type="checkbox"/> 本校介護職員初任者修了者割引(6,000円) → 修了証の写しを添付してください。 <input type="checkbox"/> 本校講座修了者割引(3,000円) → 修了証のコピーの写しを添付してください。 <input type="checkbox"/> 紹介割引(3,000円) → <input type="text" value="紹介者氏名"/> <input type="text" value="講座名"/> <input type="text" value="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" value="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、保有する資格証の写し(該当者のみ)を忘れずに添付し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(オリエンテーション)約1か月前までにハローワークに別途申請が必要です。