

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	
	長寿園	A	B	C		
ふりがな			学習方法		1.最近6ヶ月以内に撮影したもので、脱帽正面半身。	
氏名			印	オンライン版 • 郵送版	2.縦4cm×横3cm。	
生年月日	昭和・平成 西暦	年	月	日 (歳)	3.カラー・モノクロどちらでも可。	
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						
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"/> 咳痰吸引等研修		<input type="checkbox"/> 認知症実践者研修	<input type="checkbox"/> 無資格
	※認知症介護基礎研修は対象となりません。その他、上記に記載のない資格は対象となりません。					
保護者 <small>(未成年者のみ記入)</small>	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"/> 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)					
<small>併用不可</small>	<small>紹介者氏名</small>	<small>講座名</small>	<small>コース</small>	<small>年</small>	<small>月</small>	コース年月コース
<small>50,000円以上が対象</small>						施設/事業所/企業印
	<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"/> 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) ➔ 一緒に受講される方の氏名					

※お申込時提出書類：①本申込書、②身分証明書の写し、③保有する資格証の写し（該当される方のみ）

※パンフレットに記載の締切日までにお申し込みください（コースにより異なります）。

令和8年度（2026年度）

福井県医療福祉専門学校

介護福祉士国家試験受験対策講座 受講申込書

ふりがな				
氏名	印			
生年月日	昭和・平成 西暦 年 月 日 (歳)	性別	男 • 女	
住所	〒 - 都 道 府 県			
電話番号	自宅	- -	携帯	- -
勤務先				

※お申込時提出書類：①本申込書、②身分証明書の写し（国家試験対策講座のみ受講される方）。

※令和8年7月31日（金）までにお申し込みください。