福井県民生活協同組合

介護福祉士実務者研修（通信課程） 受講申込書

一般用

受講開始月	年　　月	←募集要項をご確認の上、ご記入ください。	電話番号	自宅　　－　　－ 携帯　　－　　－	
ふりがな 氏名	印				
生年月日	昭和・平成　　年　　月　　日（満　　歳）			性別	男　・　女
ふりがな 住所	〒　　－ （マンション、アパート名、号室等もご記入願います）				
保有資格	（該当する番号に○印をつけてください。申込書と合わせて資格証及び修了証のコピーを提出してください。） 1．介護職員基礎研修　2．ホームヘルパー1級　3．ホームヘルパー2級 4．介護職員初任者研修　5．ホームヘルパー3級　6．喀痰吸引等研修 7．認知症実践者研修　8．資格取得なし				
介護業務従事歴（職歴）	期間		勤務先名（特養・通所・訪問　等）		
	年　　月～　　年　　月（　　年）		（　　）		
	年　　月～　　年　　月（　　年）		（　　）		
	年　　月～　　年　　月（　　年）		（　　）		
最終学歴	（学部及び、学科名までご記入願います）	受講料お支払い方法	1．現金一括　（受講者本人・保護者） 2．クレジット分割　（3回・5回・10回）		
保護者（受講者が未成年の場合、記入）	ふりがな 氏名	印	本人との続柄		
	ふりがな 住所	〒　　－ （マンション、アパート名、号室等もご記入願います）			

※提出必要書類：「身分証明書のコピー」（免許証、学生証等）、「資格証（修了証）のコピー」（お持ちの方のを1部ずつ、必ずご提出ください。
※お申込み期限は、開講1週間前までの必着とさせていただきます。

＜お問い合わせ・申込先＞
福井県民生活協同組合　福祉事業部　（実務者研修係）
〒910-8557　福井県福井市開発5丁目1603番地