

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。					
ふりがな				電話番号	自宅	—	—	
氏名	(印)				携帯	—	—	
生年月日	昭和・平成	年	月	日(満)	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)	
				()				
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						本人との続柄	
	氏名	(印)						
	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