

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 — — 携帯 — —
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			本人との続柄
	氏名	(印)		
	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