

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							
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	現金一括 (受講者本人・保護者)	
* 申込者が16～20歳の場合、記入の							
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