

介護福祉士実務者研修 申込書

介護福祉士実務者研修課程の受講を申し込みいたします

申込日 年 月 日

フリガナ			
氏名			
生年月日	年 月 日	性別	男 女
フリガナ			
ご自宅住所	〒 都道 府県		
T E L	携帯電話		
受講コース 及び 受講料	※該当するコースに○を記入してください(所持資格によって免除科目が異なります) ※申込時に、『該当する資格の修了証明書(修了証)』・『身分証』の写し(コピー)を提出してください ・無資格者 ・ヘルパー2級 ・介護職員初任者研修 ・ヘルパー1級 ・喀痰吸引等研修 ・介護職員基礎研修 (初任者研修修了・ヘルパー2級修了) ※お持ちの資格により受講期間を短縮することができます。短縮ご希望の方はご連絡ください。 ご希望のコースに○を記入してください ・2月生 ・4月生 ・6月生 ご希望の曜日に○を記入してください ・火曜日 ・水曜日 ご希望の添削課題に○を記入してください eラーニングをご希望される場合にはメールアドレスを記入してください ・レポート提出 ・eラーニング メールアドレス:		
ご職業	該当するものに○を記入してください。 ・会社員 ・学生 ・パート、アルバイト ・その他		
実務経験	無有いずれかに○を記入してください ・無 ・有 有の場合該当するものに○をし実務年数を記入してください ・病院 ・特養 ・老健 ・その他 (実務年数: 年)		
勤務先 または 紹介事業所	〒	事業所名	
介護福祉士 受験予定年度	該当するものに○を記入してください。 ・平成31年度 ・平成32年度		
誓約書 申込書の記載事項は事実と相違ありません。受講の際は関係者の指示に従い行動し、誠意をもって勉学に励みます。 年 月 日 ご署名 印			

※ 受講者の皆様に関する個人情報、研修の受講者名簿の作成、各種資料の送付、講師への受講者状況の報告、今後の養成講座の紹介のみ使用し、他の目的で使用することはありません。
※ 「勤務先または紹介事業所」「介護福祉士受験予定年度」の両方に記載が無い場合、割引を受けることが出来ませんのでご了承ください。割引対象は「春の受講料 割引キャンペーン」です。

【お申込み・お問い合わせ】

〒372-0056 群馬県伊勢崎市喜多町121-2
IBCアカデミー 担当：岸川

電話：0120-61-5932
F A X：0270-61-5934
メール：info@ibc-ac.jp