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	明　大 昭　平　　年　　月　　日	性別	男　女
フリガナ			
自宅住所	〒 都　道 府　県		
TEL		携帯電話	

受講コース及び受講料	※ 所持資格によって免除科目が異なります。該当するコースに〇を記入してください。 ※ 申込の際に、必ず『修了証明書（修了証）』の写し（コピー）を提出してください。 ※ テキスト代は含まれています。 ・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（初任者研修修了・ヘルパー2級修了）　・介護職員基礎研修 ※ 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。
	ご希望のコースに〇を記入してください。 ・2月生　・4月生　・6月生　・8月生　・10月生　・12月生
	ご希望の曜日に〇を記入してください。 ・火曜日　・水曜日
	ご希望の添削課題に〇を記入してください。 ・レポート提出　・eラーニング 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。 メールアドレス:
ご職業	・学生　・会社員　・パートタイマー　・フリーター ・その他（　　）
実務経験	1 無　2 有（・病院　・特養　・老健　・その他）（年数:　　年） （勤務先　　）

誓約書

申込書の記載事項は事実と相違ありません。受講の上は、関係者の指示に基づいて行動し誠意をもって、勉学に励みます。

平成　　年　　月　　日

氏名　　印

受講者の皆様に関する個人情報は、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。

【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