

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 | |
| 所持資格 | ※お持ちの資格に○を記入してください(所持資格により免除科目が異なります) ※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) | | |
| | | 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 |
| ご希望コース | 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 8月生 10月生 12月生 | | |
| | ご希望の曜日に○を記入してください 火曜日 水曜日 | | |
| 添削課題 | ご希望の添削課題に○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はメールアドレスを記入してください | |
| | 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 | 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) : 無し | | |
| 勤務先 または 紹介事業所 | 〒 | 事業所名 | |
| | 介護福祉士 受験予定 | | |
| 介護福祉士 受験予定 | 受験予定年をご記入ください 年 1月 | 受験未定の方は「未定」を○で囲んでください 未 定 | |
| 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。

※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

【お申込み・お問合せ】

I B C アカデミー

〒379-2204 群馬県伊勢崎市西久保町三丁目762-1 2F

担当：岸川

T E L : 0120-61-5932

F A X : 0270-61-5934

メール : info@ibc-ac.jp