

平成 30 年度 介護福祉士実務者研修 通信コース

【 受 講 申 込 書 】

和光会キャリアカレッジで実施される「介護福祉士実務者研修 通信コース」に、次のとおり受講を申し込みます。

必要事項を記入し、「添付書類」を必ず添えて、和光会キャリアカレッジまで提出してください。

項 目	記 入 欄	
受 講 研 修	<input type="checkbox"/> 無資格 <input type="checkbox"/> 初任者研修修了者 <input type="checkbox"/> 訪問介護員養成研修修了者(旧ホームヘルパー) 【 3 級 ・ 2 級 ・ 1 級 】 <input type="checkbox"/> 介護職員基礎研修修了者	
氏 名	ふりがな ----- 氏 名	(男 ・ 女)
生 年 月 日 (年 齢)	(昭 和 ・ 平 成) 年 月 日 生 (歳)	
自 宅 住 所	〒 ----- (県) ----- (市 ・ 町 ・ 村) -----	
連 絡 先	(電 話) ----- ※ 携 帯 可 ※無断で欠席の場合や、筆記試験の合否、研修の開催に関連した緊急連絡等に使用しますので、個人に連絡がとれる番号を記載してください。	
勤 務 先 名		
勤 務 先 住 所	〒 ----- (県) ----- (市 ・ 町 ・ 村) -----	
勤 務 先 電 話 & F A X	(電 話) ----- (F A X) -----	
受 講 決 定 通 知 書 等 郵 便 物 の 送 付 先	<input type="checkbox"/> 自宅 ※受講決定通知は、このチェック先に郵送いたします。 <input type="checkbox"/> 勤務先	

* 内容確認のため、勤務先に連絡をすることがありますので、あらかじめご了承ください。

- 【添付書類】 (1) 本人確認書類(免許証・保険証・パスポート等の写し)
 (2) 初任者・訪問介護員・介護職員基礎修了者は、資格証明証書の写し

【送付先】

〒501-0104 岐阜市寺田7丁目100番地
 和光会キャリアカレッジ 宛

(TEL) 058-254-8080 / (FAX) 058-254-8081 (E-mail)kenshu@wakokai.or.jp