

● 申込者情報

フリガナ			性別	証明写真 貼付
氏名	姓	名	男・女	
生年月日	昭和・平成 年 月 日 (歳)			
フリガナ				
住所	〒 -			
連絡先	電話番号	()	メールアドレス	
	携帯番号	()		@
勤務先 情報	職業			
	法人名			
	住所			
	電話番号			
所有資格	<input type="checkbox"/> 無資格 <input type="checkbox"/> 訪問介護員(ヘルパー)1級課程修了者 <input type="checkbox"/> 訪問介護員(ヘルパー)2級課程修了者 <input type="checkbox"/> 訪問介護員(ヘルパー)3級課程修了者		<input type="checkbox"/> 介護職員基礎研修修了者 <input type="checkbox"/> 医療的ケア研修修了者 <input type="checkbox"/> 介護職員初任者研修修了者 ※修了証のコピーを受講申込書に添付してください。	
支払方法	<input type="checkbox"/> 一括 ※分割は6回まで	持病	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	
	<input type="checkbox"/> 分割 (回)	障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	
本人確認 書類	<input type="checkbox"/> 戸籍抄本・戸籍謄本・住民票 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> その他 () ※顔写真がない書類は2種類添付			

● 事前アンケート

受講の動機	
面接授業時の交通手段	<input type="checkbox"/> 車 <input type="checkbox"/> バイク <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> その他 ()
その他	・面接授業(スクーリング)は、どのカリキュラムで受講を希望されますか。 <input type="checkbox"/> 最短6日間 <input type="checkbox"/> 毎週土日10日間 <input type="checkbox"/> どちらでも良い ・正和会の研修を受講したことがありますか。 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(受講研修名: _____) ・研修修了後、または研修中での正和会への就業を希望しますか。 <input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> 検討中 ・介護福祉士国家試験を受験しますか。 <input type="checkbox"/> する(平成__年1月) <input type="checkbox"/> 未定(未定と答えた方:実務経験__年)

※個人情報の取り扱い:記載内容は「介護福祉士実務者研修」以外には使用いたしません。

※テキストや課題等は郵送されますので、「氏名」「住所」等は正確に記入してください。

受付
通知

修了
証

受講
証明

本部

受付

--	--