

介護福祉士実務者研修 申し込み書

申込日 平成 年 月 日

フリガナ 氏名			生年月日	昭和 平成	年	月	日
フリガナ 住所	〒						
TEL			携帯電話				
E-mail			ネット環境	<input type="checkbox"/> 携帯	<input type="checkbox"/> タブレット	<input type="checkbox"/> PC	
本人確認書類	住民票 運転免許証 健康保険証 パスポート 残留カード（在日外国人の方）						
ご職業			法人名	<input type="checkbox"/> 法人様の 支払を希望			
実務経験	無・有（施設介護 在宅介護 家族の介護 その他（ ））						
保有資格	<input type="checkbox"/> 無資格 <input type="checkbox"/> ホームヘルパー1級 <input type="checkbox"/> ホームヘルパー2級 <input type="checkbox"/> 初任者研修 <input type="checkbox"/> 基礎研修 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引						
受講理由	<input type="checkbox"/> 仕事に必要 <input type="checkbox"/> 仕事がしたい <input type="checkbox"/> 資格取得 <input type="checkbox"/> 家族の介護 <input type="checkbox"/> その他（ ）						
通学手段	<input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> 電車・バス併用 <input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> 二輪車						

※ご記入いただきました個人情報は、研修実施の目的にのみ利用させていただきます。

申込締切日：平成 30 年 10 月 19 日（金） 18 時までにご提出下さい。

※申込書は受講を決定するものではありません。控えとしてコピーをお取り下さい。

受講決定の可否については郵送にて通知致します。通知が届くまで控えを大切に保管して下さい。

開校式の時に、証明写真（3cm×4cm）を2枚ご持参下さい。

提出先： **有限会社コスモス** 〒371-0823 群馬県前橋市川曲町1-1

TEL 027-251-1500 FAX 027-289-3301 担当：東山・新沼