

福井県医療福祉専門学校
介護福祉士実務者研修[通信制] 受講申込書

コース	(ご希望のコースに○を付けてください)					プライム ハイツ春江	第3和上苑	A1	A2		
	B1	B2	C1	C2	D1	D2	M1	M2	M3	M4	
ふりがな							学習方法				
氏名	印						PC版 ・ 郵送版				
生年月日	昭和 平成	年	月	日	(満 歳)		性別	男 ・ 女			
住所	〒 - 都道 府県										
電話番号	自宅	- -				携帯		- -			
最終学歴	(大学院の場合は専攻科名、大学/短大/専門学校/高校の場合は学科/コース名まで記載してください)										
支払方法	現金一括 ・ オリコ学費ローン (詳しくは別紙案内をご参照ください)										
勤務先											
保有資格	<input type="checkbox"/> 介護職員基礎研修 <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"/> 介護職員初任者研修 <input type="checkbox"/> ホームヘルパー3級 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引等研修 <input type="checkbox"/> 認知症実践者研修 <input type="checkbox"/> 無資格										
保護者 (未成年者 のみ記入)	ふりがな						続柄	電話番号			
	氏名	印							- -		
	ふりがな										
	住所	〒 - 都道 府県									
割引	<input type="checkbox"/> 本校介護職員初任者修了者割引 (6,000円) → 修了証の写しを添付してください。 <input type="checkbox"/> 本校講座修了者割引 (3,000円) → 修了証のコピーの写しを添付してください。 <input type="checkbox"/> 紹介割引 (3,000円) → 紹介者氏名 講座名 コース 年 月 日 コース <input type="checkbox"/> 施設紹介割引 (3,000円) → 施設/事業所/企業様の押印をお願いします。 施設/事業所/企業印 <input type="checkbox"/> 学生割引 (3,000円) → 学生証の写しを添付してください。 <input type="checkbox"/> グループ割引 (3,000円) → ご一緒に受講される方の氏名										
教育訓練 給付金制度	厚生労働省「教育訓練給付金制度」の要件に、 <input type="checkbox"/> 該当する <input type="checkbox"/> 該当しない ※概要や要件については、当パンフレット内のご説明をご参照ください。										

写真貼付

1.最近6ヶ月以内に撮影したもので、脱帽正面上半身。
 2.縦4cm×横3cm。
 3.カラー・モノクロどちらでも可。

※身分証明書の写し、科目免除対象資格証の写し(該当者のみ)を忘れずに添付してお申し込みください。
 ※申込期限は開講初日の1週間前必着です。
 ※教育訓練給付金の申請をされる方は、開講日(オリエンテーション)1か月前までにハローワークに別途申請が必要です。