

高嶺福祉会介護福祉士養成実務者研修通信課程申込書

申込日	令和 年 月 日	年 第 回	
フリガナ		性別	生年月日(年齢)
氏名		男・女	昭和・平成 年 月 日()歳
住所	〒		
連絡先	携帯電話		
	メールアドレス		
	日中連絡可能な電話番号		
	緊急連絡先(続柄)	()	
勤務先	名称:		
	〒		
御職業			
介護実務経験: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (経験年数: 年 ヵ月)※			
本人確認書類: <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> その他()			
割引			
所有資格	免除教科や受講料が変わりますので資格修了書の原本(コピー)をご提示下さい。		
	<input type="checkbox"/> ヘルパー1級 <input type="checkbox"/> 初任者研修 <input type="checkbox"/> 介護職員基礎研修	<input type="checkbox"/> ヘルパー2級	<input type="checkbox"/> ヘルパー3級 <input type="checkbox"/> 資格なし

※今回提供いただきますデータは個人情報です。この事業以外には使用いたしません。
※修了証に「氏名」「生年月日」が記載されますので、正確に記入してください。