

※受講者番号

平成30年度 介護福祉士実務者研修科 受講申込書

あいち福祉医療専門学校 学校長様

私は個人情報の取り扱いに同意の上、下記により介護福祉士実務者研修科の受講を申し込みます。

希望の ①受講スタイル、②入校日番号および医療的ケアスクーリング希望日(通常:6カ月コースを選んだ人のみ)、③受講コード、④国試対策パックの申し込みに☑をして下さい。

① 受講スタイル

※短期(期間短縮)コースを選んだ方は手続き後、本校までご連絡下さい
入校日を調整いたします

- 通常(6カ月コース) 短期(期間短縮)コース

② 入校日番号および医療的ケアスクーリング希望日※通常:6カ月コース希望者のみ記入

受講コース(入校日番号)	入校日	医療的ケアスクーリング希望日
<input type="checkbox"/> 火曜コース(1804)	4月17日(火)	火曜コース <input type="checkbox"/> ① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④
<input type="checkbox"/> 水曜コース(1805)	5月 9日(水)	水曜コース <input type="checkbox"/> ① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④
<input type="checkbox"/> 木曜コース(1807)	6月 7日(木)	木曜コース <input type="checkbox"/> ① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④
<input type="checkbox"/> 土日コース(1806)	5月13日(土)	土日コース <input type="checkbox"/> ① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④

※短期(期間短縮)コース希望者は、別紙「平成29年度 短期(期間短縮)コース希望者スクーリング希望表」を記入、提出してください。

③ 受講コード

<input type="checkbox"/> 6 初任者研修修了者
<input type="checkbox"/> 5 基礎研修修了者
<input type="checkbox"/> 4 1級課程修了者
<input type="checkbox"/> 3 2級課程修了者
<input type="checkbox"/> 2 3級課程修了者
<input type="checkbox"/> 1 取得資格無者

④ 国試対策パック

<input type="checkbox"/> 0 申し込まない
<input type="checkbox"/> 1 セットで申込む

証明写真貼付 縦4cm×横3cm 6ヶ月以内 正面上半身脱帽 写真裏面に氏名記入

※国家試験の受験資格、免除資格になる研修の申込書です。
黒ボールペンで楷書にて、正確にもれなくご記入下さい。

フリガナ	記入日 平成 年 月 日					
氏名	印	性別	男	女	年齢	満 才
		生年月日 (西暦)	年 月 日生			
フリガナ	(修了証書等に使用しますので氏名は正確にご記入下さい)					
現住所	〒 郵便番号・マンション・アパート名、部屋番号まで正確にご記入下さい。					
携帯番号	電話番号					
メールアドレス	@	国家試験 受験予定	平成 年 1月 受験予定 または、□受験予定なし(記入日現在)			
勤務先 <small>・現在お勤めの場合のみ記入してください ・業務内容がわかるようにご記入下さい (例) 介護職員 訪問介護員等</small>	法人名	事業所名 (施設名)				
	住所	〒 電話番号				
	業務内容	勤続年数	年 月			
※記入日現在						

受講料の支払い方法の確認(いずれかに✓をつけて下さい)

- 振込(現金持ち込みは受付できません) 必ず、振込控のコピーを添付して下さい。
- オリコの学費サポート申請予定 **※各自での申し込みとなります。本校では手続きいたしておりません。**
- セディナの学費ローン申請予定 **※各自での申し込みとなります。本校では手続きいたしておりません。**

教育訓練給付制度の活用予定(どちらかに✓を付けて下さい) ※スクーリング時に再度確認します。

制度活用の予定	<input type="checkbox"/> 有	ご自身が教育訓練給付制度活用に適合しているかについては、 管轄のハローワークでご確認下さい。
	<input type="checkbox"/> 無	

未成年者の方のお申込みには保護者の同意が必要です。

介護福祉士実務者研修科受講申込に同意いたします。

(保護者名) _____ 印

誓約書

署名捺印が必要

あいち福祉医療専門学校 校長様

受講許可の上は、規則を守り、自己の使命を全うし勉勵することを誓います。万一、本分に違背した場合は、いかなる処分に対しても異議を申し立てないことを誓約いたします。

平成 年 月 日

(本人署名) _____ 印

申込書類送付状

下記のチェック☑部分の書類を送付いたします。

- 介護福祉士実務者研修科受講申込書(この用紙) 1部
- 身分証明書のA4サイズのコピー 1部
- 取得済みの資格証書のA4サイズのコピー 1部
- 受講料振込控え等のA4サイズのコピー 1部
※学費サポートプラン申請中の方はチェックおよび振込控への郵送は必要ありません。

受講決定通知用返信封筒(長形3号) 1通

82円分切手貼付、〒、住所、氏名明記して下さい

申込書類を確認の上、□に✓を付け、角形2号封筒にて(A4版)、簡易書留でご郵送下さい

個人情報の保護と取り扱いについて

本校では、受講生の個人情報を、当研修での登録や管理に利用します。また、本校が実施する国家試験対策講座など他の講座・サービスのご案内、講座に関するアンケート調査等に利用させて頂く場合があります。

※

1	2	3
---	---	---

※ 受付印

※印欄は本校が使用します

この受講申込書に記入されました個人情報は介護福祉士実務者研修に関する業務以外に使用することはありません