

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。

① 受講スタイル（どちらかに○をつけてください。）

	通常（6カ月コース）		短期（期間短縮）コース
--	------------	--	-------------

② 受講コース

受講コース	入校日	修了日
第1回コース	6月18日（水）	12月17日（水）

③ 受講コード

（該当するものに○をつけてください。）

	初任者研修修了
	基礎研修修了
	訪問介護員1級課程修了
	訪問介護員2級課程修了
	訪問介護員3級課程修了
	取得資格無
	生活援助従事者研修修了
	介護に関する入門的研修修了

④ 国試対策バック希望

（どちらかに○をつけてください。）

	なし
	セットで受講する

⑤ その他科目免除該当研修修了の有無
（どちらかに○をつけてください。ありの場合、修了した研修名をご記入願います。）

	なし
	あり
研修名	

※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					年	月	日		
氏名	性別					男	女	年齢	満	才
	生年月日					S・H	年	月	日生	
	(西暦)					(		)		
フリガナ										
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				
勤務先	法人名						事業所名			
現在お勤めの場合のみ記入してください。	住所	〒								
						電話番号				
メールアドレス	@denpa.jpからのメールが受信可能なアドレスをご記入ください									

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

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。
	C-Web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		有	ご自身が教育訓練給付制度活用に適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。
		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）

誓約書	あいち福祉医療専門学校 校長様
署名捺印が必要	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。 年 月 日 (本人署名)

申込書類送り状

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えの郵送は必要ありません。

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