

受付番号(事務使用欄)	こもれば介護教室 介護福祉士実務者研修受講申込書	希望受講コース 令和6年7月 土曜日コース
-------------	---	-----------------------------

フリガナ				性別	証明写真 貼付
氏名	姓	名	印	男・女	
生年月日	昭和・平成 年 月 日 (満 歳)				
フリガナ					
住所	〒				
電話番号	自宅	()	メール		
	携帯	()	アドレス	@	
勤務先	名称				
	所在地				
	電話番号				
保有資格	保有資格をチェック✓してください				
	<input type="checkbox"/> 無資格 <input type="checkbox"/> 訪問介護員(ヘルパー)1級課程修了者 <input type="checkbox"/> 訪問介護員(ヘルパー)2級課程修了者 <input type="checkbox"/> 訪問介護員(ヘルパー)3級課程修了者		<input type="checkbox"/> 介護職員基礎研修修了者 <input type="checkbox"/> 医療的ケア研修修了者 <input type="checkbox"/> 介護職員初任者研修修了者		
	※修了証のコピーを受講申込書に添付してください。				
支払方法	<input type="checkbox"/> 銀行振込 ※銀行振り込みを希望される方は下記へお願いします。 振込手数料は各自ご負担願います。		<input type="checkbox"/> 現金持参 (平日の9:00~17:00の間)		
	秋田銀行 船越支店	<input type="checkbox"/> 口座名義人: 有限会社チョウセイ <input type="checkbox"/> 口座番号 : 普通預金 430917			
本人確認書類 (どれか1つ)	<input type="checkbox"/> 戸籍抄本・戸籍謄本・住民票(3か月以内) <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 運転免許証		<input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 学生証 <input type="checkbox"/> その他()		

【 郵送・お問い合わせ先 】

〒010-0201 秋田県潟上市天王字上江川47-130

こもれば介護教室

TEL:018-853-6021 FAX:018-878-6220 担当:佐々木

介護福祉士受験希望

令和 年度

×の方はその理由

()

事務局記載欄

受付日		受付者		本人確認書類		受講決定・否決	学籍番号	
-----	--	-----	--	--------	--	---------	------	--