

医療法人 北光会 医療福祉アカデミー
介護福祉士実務者養成講座 受講申込書

令和 年 月 日

私は、介護福祉士実務者養成講座の受講を申し込みします。

コース	※ ご希望する受講コースにチェックを付けてください。 □令和5年4月開校 □令和6年4月開校(予定)		
フリガナ	性別	生年月日	昭和・平成 年 月 日(歳)
氏名	男・女		
住所	〒 _____ ☎ _____ - _____		
緊急連絡先	氏名	続柄	☎ _____ - _____
ご職業	<input type="checkbox"/> 主婦 <input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 福祉施設職員 <input type="checkbox"/> 医療関係者 <input type="checkbox"/> 公務員 <input type="checkbox"/> アルバイト・パート <input type="checkbox"/> 学生(学校名: _____) <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> その他(_____)		
勤務先名 又は 学校名			
勤務先(学校)	〒 _____ ☎ _____ - _____		
受講動機	<input type="checkbox"/> これから福祉の仕事がしたい <input type="checkbox"/> 現在の仕事に必要な <input type="checkbox"/> 資格を取得したい <input type="checkbox"/> 家族の介護に役立てたい <input type="checkbox"/> その他(_____)		
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"/> 住民票 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 学生証 ※ 申込時にご本人確認としていずれかを提出もしくは郵送(コピー)していただきます。		
取得後の 就職希望	有・無	※有に○を付けた方にお聞きます。取得後に希望される就業場所はどこですか？ <input type="checkbox"/> 福祉施設 <input type="checkbox"/> 在宅介護 <input type="checkbox"/> 医療機関 <input type="checkbox"/> その他(_____)	

※ 介護福祉士実務者養成講座に際して提出していただいた個人情報については本研修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、誤字がないように正確に記載してください。
 ※ 各種資格をお持ちの方は資格者証の写しを添付してください。

事務局使用欄

受付No.	受付日	受付者	備考

お問合せ・FAX番号

☎ 0134-54-6543

Fax 0134-52-3951