

実務者養成研修講座受講申込書

学則・（別紙）感染症予防対策についての内容を確認し同意のうえ申し込みます

年 月 日現在

フリガナ			
氏名			
生年月日	昭和 平成	年 月 日	（満 歳） 男・女
住所	〒（ - ）		
連絡先	携帯		自宅
	メール		

最終学歴

年 月	
-----	--

職歴（現在のものからご記入ください）

現在	
年 月～	
年 月	
年 月～	
年 月	
年 月～	
年 月	
年 月～	
年 月	
年 月～	

保有資格（該当する資格にチェックをして、修了証写しを提出してください。）

<input type="checkbox"/>	訪問介護員1級課程修了	<input type="checkbox"/>	訪問介護員2級課程修了	<input type="checkbox"/>	訪問介護員3級課程修了
<input type="checkbox"/>	介護職員基礎研修修了	<input type="checkbox"/>	介護職員初任者研修修了	<input type="checkbox"/>	喀痰吸引等研修修了

受講コース（受講コースにチェックをしてください。） 喀痰吸引等研修修了者は30,000円引き

<input type="checkbox"/> 50時間コース 30,000円 ※介護職員基礎研修修了者	<input type="checkbox"/> 95時間コース 60,000円 ※訪問介護員1級課程修了者	<input type="checkbox"/> 320時間コース/135,000円 ※訪問介護員2級課程修了者 初任者研修修了者	<input type="checkbox"/> 450時間コース 190,000円 ※左記有資格者以外の方
---	--	---	--

健康状態

--

通信機器所持状況確認（演習の一部をオンライン会議にて行います）

インターネット回線 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	Wi-Fi環境 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	スマホ、タブレット、パソコンのいずれかの所持 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>
---	---	--

受講の動機

--

受理日 年 月 日
医療法人社団慶勝会