

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 ～	

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。）

☐	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
☐	介護職員基礎研修修了	☐	介護職員初任者研修修了	☐	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

☐ 50時間コース 30,000円 ※介護職員基礎研修修了者	☐ 95時間コース 60,000円 ※訪問介護員1級課程修了者	☐ 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	☐ 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）※光回線・Wi-Fi環境推奨・パソコン推奨

通信環境	☐ いずれも無し	☐ モバイル回線	☐ 光回線	☐ Wi-Fi環境
端末環境	☐ いずれも無し	☐ スマホ	☐ タブレット	☐ パソコン

受講の動機

--

受理日 年 月 日
医療法人社団慶勝会