

ケアサポート長岡 教育センター介護福祉士実務者研修（通信課程）研修 受講申請書

1、受講を希望するクラス

《第一希望》

	4月Aクラス		↓○印
	4月Bクラス	※	
	9月(糸魚川)	国試受験予定	有り・無し
	9月Dクラス	見込み証の要否	要・不要

2、受講者及び所属先の情報

フリガナ			生年月日	昭和・平成 年 月 日		
受講者氏名		Ⓔ	年齢	歳	性別	男・女
			施設事業所での経験年数		年	か月
受講者住所	〒					
本人連絡先	自宅:			携帯:		
受講科目免除の有無		有・無	* 有りの場合は証明の写しを添付			
所属施設・事業所	設置主体					
	名称					
	住所	〒				
	連絡先	TEL				
		FAX				
所属長氏名						

3、科目免除に関わる資格・研修（下記の資格を取得された方は、原本の写しを添付して下さい。）

研修終了状況	有・無	ホームヘルパー3級資格
	有・無	ホームヘルパー2級資格
	有・無	介護職員初任者研修修了
	有・無	ホームヘルパー1級資格
	有・無	介護職員基礎研修修了
	有・無	認知症実践者研修修了
	有・無	喀痰吸引等研修修了

4、お願い

科目免除の方は、修了証書原本の写しを添付して下さい。