

出願日	
受付日	

NPO 法人福祉サービス経営調査会の介護福祉士実務者研修（通信）課程受講願

フリガナ 氏 名		印	電話 番号	自宅 携帯
現住所	〒 _____			
生年月日	昭和 平成 年 月 日生	年齢	歳	性 別
取得済み 資格・研修 (該当する場 合は終了証明 書(コピー) をつけてくだ さい)	取得済み資格・研修について、該当する番号に○をつけてください。 1 ホームヘルパー1級 2 ホームヘルパー2級 3 ホームヘルパー3級 4 介護職員初任者研修 5 取得資格なし 6 介護職員基礎研修 7 喀痰吸引研修等			
学 歴	最終学歴を記入してください。該当する番号に○をつけてください。 1 高等学校 昭和 2 専門学校・短期大学 平成 年 月 卒業 3 大学 卒業見込 4 その他			
介護職 従事期間・ 国家試験	現在まで の実務経験 年数	年 月	従業機関3年 及び従事日数 540日を満た す予定年月	平成 年 月 国家試験 受験予定 年 1月
勤務先名及び 職種	()		現在の勤務先での勤務期間 年 月	
授業料の支払 方法	該当する番号につけてください。 ① 一括払 ② 2回の分割払 ③ 3回の分割払			

☎079-291-6502 FAX079-291-6501

介護福祉士実務者研修（通信）課程受講願（裏面）

誓約書	当通信課程の受講に当っては、学則を遵守し勉学に励みます。 平成 年 月 日 氏名 ⑩
-----	--

個人情報の取扱いについて

ご記入をいただきましたお客様の個人情報は、次の場合に使用させていただきます。

- ① 当法人からお客様への連絡、満足度等のアンケート調査
- ② 当法人からお客様へのセミナー、研修会参加の案内
- ③ 当法人からお客様への福祉、介護に関する情報の案内