

ウェルフェア 介護福祉士実務者研修 受講申込書

記入日：平成 年 月 日

※黒のボールペンで楷書にて、正確に記入して下さい。

フリガナ				性別		
氏名	⑩			男・女	証明写真貼付 縦 4 cm×横 3 cm 6ヶ月以内 正面上半身脱帽 写真裏面に氏名記入	
生年月日	昭和・平成	年	月	日		歳
現住所	〒					
連絡先	携帯	—	—	自宅	()	
メールアドレス	@					
<small>※携帯・PCどちらか必ず連絡のとれるアドレスを記入して下さい。</small>						
希望コース	6月コース			国家試験 受験予定	平成 年 1月 受験予定	
勤務先	法人名 (会社名)				事業所名 (施設名)	
	住所	〒				
	TEL		勤務年数		年 月	
介護関連 職歴	法人名及び施設名				勤務年数	
					年 月	
					年 月	
保有資格	【 <input type="checkbox"/> 】 保有資格なし 【 <input type="checkbox"/> 】 初任者研修 【 <input type="checkbox"/> 】 ホームヘルパー2級 【 <input type="checkbox"/> 】 介護職員基礎研修 【 <input type="checkbox"/> 】 その他 ()					
<small>※該当する資格に○をして下さい。</small>						

誓約書 署名捺印 が必須	ウェルフェア介護福祉士実務者養成施設 校長様 私は、規則を守り、自己の使命を全うし、勉勵することを誓います。 万一、本分に違背した場合は、いかなる処分に対しても異議を申し立てないことを誓約いたします。 平成 年 月 日 <div style="text-align: right;">(本人署名) ⑩</div>
------------------------	--