

パート職員用

介護福祉士実務者研修【通信課程】受講申込書

(ご記入日) 令和 年 月 日

職員番号		年 齢	歳	性 別	男 ・ 女
(フリガナ) 氏 名		生年月日	(西暦)	年	月 日
住 所	〒				
自宅電話		携帯電話			
勤務先		職 種			
保有資格	保有資格により受講料および免除科目が異なります。該当する欄に <input checked="" type="checkbox"/> してください。				
	<input type="checkbox"/> 介護職員初任者研修 <input type="checkbox"/> 訪問介護員養成研修1級 <input type="checkbox"/> 訪問介護員養成研修2級				
	<input type="checkbox"/> 介護職員基礎研修 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引等研修第2号研修				
実務経験	勤務期間 年 月 勤務日数 日 ※証明書は不要です。わかる範囲で申し込み時の年数および日数をご記入ください。				
支払方法	<input type="checkbox"/> 一括払い (2023/4/1 までに全額振込)				
	<input type="checkbox"/> 2分割払い (2023/4/1 までに半額振込、2023/7/31 までに半額振込)				
<p>●以下の受講条件についてご確認いただき、署名をお願いします。</p> <p>※令和5年度の介護福祉士国家試験を受験していただきます。</p> <p>※受講者には介護福祉士国家試験の試験結果(合否)を報告していただきます。</p> <p>※受講料は半額を協会が補助しますが「資格等取得支援規則 第7条 受講料等の返還」の規定により、研修修了後2年以内に退職したときは協会が補助した受講料を全額返還していただきます。</p> <p>上記の条件について確認し、了解いたしました。 氏名 _____</p>					

【お申し込み方法】

- 1 受講申込書のすべての欄にご記入ください。
- 2 受講申込書および保有資格証(修了証)の写しを下記宛先へ郵送してください。
- 3 申し込み内容確認後、受講のご案内を申込書記載の住所へお送りします。

【宛先・お問い合わせ先】

(住所) 〒220-0021 横浜市西区桜木町6-31 4階
 (宛名) 社会福祉法人 横浜市福祉サービス協会 研修センター 実務者研修担当 行
 (電話) 045-227-1710 (平日9~17時)

◆本申込書に記載された事項につきましては、個人情報保護等の規定に則り、適切な管理を行い、本研修に係る業務以外に使用いたしません。