

# 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	いずれかに○ 職員 ・ パート		
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				
実務経験年数	年 (証明書不要・わかる範囲で記入お願いします)				
支払方法	<input type="checkbox"/> 一括払い (2022/4/1 までに全額振込)				
	<input type="checkbox"/> 2 分割払い (2022/4/1 までに半額振込、2022/8/5 までに半額振込)				
横浜市福祉サービス協会の職員・パート職員については ※令和 4 年度の介護福祉士国家試験を受験することを条件とします。 ※受講者には介護福祉士国家試験の試験結果(合否)を報告させていただきます。					

### 【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 9-12 時/13-17 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。
- ◆申込書の内容について問い合わせをすることがあります。
- ◆申込書に記載された氏名、生年月日をもとに修了証書を作成しますので、楷書で正確にご記入ください。