

# 研 修 願 書

\*ご希望する研修にチェックを入れて下さい。

介護職員初任者研修（通学制） 介護福祉士実務者研修（通信制）

ふりがな		性 別	受付日	受付印
氏 名	印	男 ・ 女		
生年月日	昭和 平成 年 月 日生	年 齡 ( ) 歳	受付番号 ~~~~~	
現住所	〒			
連絡先	自宅	携帯	緊急連絡先（続柄） ( )	

勤務先	勤務先名	
	住所 〒	
	連絡先 T E L	F A X

介護経験	無 ・ 有 （有の場合 年 ヶ月） <u>介護福祉士実務者研修を受講する方はチェックして下さい。</u> 実務者研修修了見込証明書（今年度、介護福祉士国家試験を受験する方は必要です。） <input type="checkbox"/> 希望 <input type="checkbox"/> 不要
所有資格 修了済講習等	<input type="checkbox"/> 介護職員基礎研修課程 <input type="checkbox"/> 介護職員初任者研修課程 <input type="checkbox"/> 無資格 <input type="checkbox"/> 訪問介護員 1 級課程 <input type="checkbox"/> 認知症実践者研修 <input type="checkbox"/> 訪問介護員 2 級課程 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引等研修

お支払方法	<input type="checkbox"/> 一括払い（事務局窓口で現金払い ・ 口座振り込み） * 初任者研修は、開講当日に現金支払いとなります。 <input type="checkbox"/> 給与天引き（*テキスト代は一括払、分割は3回払いまで） * 医療法人・社会福祉法人心泉会 職員のみ適用となります。
-------	--

\*ご記入後、以下の送り先までお送り下さい。

<提出物> ✓ を記入して下さい。

送り先 〒390-0823 長野県松本市中山7494-8 介護老人保健施設ローズガーデン 資格講座事務局 担当：大野 ・ 傳刀 宛
--

- 研修願書
- 身分証明書の写し  
(運転免許証・健康保険証・パスポート等)
- 修了済講習がある場合、修了証明書の写し