

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		男 ・ 女		
生年月日	昭和 平成 年 月 日生	年 齢 () 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。） ☐ 希望 ☐ 不要		
所有資格 修了済講習等	☐ 介護職員基礎研修課程 ☐ 訪問介護員 1 級課程 ☐ 訪問介護員 2 級課程	☐ 介護職員初任者研修課程 ☐ 認知症実践者研修 ☐ 喀痰吸引等研修	☐ 無資格

お支払方法	☐ 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。 ☐ 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、下記送り先まで郵送下さい。

《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： 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