

介護福祉実務者研修 受講申込書

2025年 月 日

私は、2025年 月 日 開講の介護福祉士実務者研修の受講を申し込みます。

フリガナ 名前			証明写真 縦4cm、横3cm 単身、胸から上 直近3ヶ月以内 に撮影したもの
生年月日	昭和・平成 年 月 日 (歳)		
連絡先	住所	〒 -	
	電話	自宅 ()	-
		携帯	-
メールアドレス			
保有資格 ※1	<input type="checkbox"/> 介護職員初任者研修 <input type="checkbox"/> 訪問介護員研修 1級 2級 3級 <input type="checkbox"/> その他研修 ()		
受講理由			
希望コース	<input type="checkbox"/> 火曜日コース <input type="checkbox"/> 木曜日コース		
介護職としての 実務経験年数	年 ヶ月 <input type="checkbox"/> なし		
本人確認書類 (写し) ※2	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> その他 ()		

※1 保有資格によって受講期間と受講料が異なります。資格をお持ちの方は必ず資格証の写しを添付してください。

※2 本人確認書類は、A4サイズ用紙にコピーして添付してください。顔写真付きの証明書がない方は、2種類の確認書類をご用意ください。

お預かりした個人情報は、介護福祉士実務者研修以外の目的には一切使用しません。

お問合せ・申込先

〒651-2129

神戸市西区白水2丁目13-18

株式会社ハートケア 実務者研修担当

TEL 078-976-1366

事務局記載欄

受付日		受付者		本人確認 書類		入金確認	
-----	--	-----	--	------------	--	------	--