

介護福祉士実務者養成研修(通信課程)受講申込書

年 月 日

株式会社 ハートケア  
代表取締役 田淵 哲也 様

私は、令和 年 月開講の介護福祉士実務者養成研修(通信課程)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	—
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 (希望コースを○で 囲んでください)	月曜日コース ・ 木曜日コース ・ 火曜日コース ・ 金曜日コース		
介護職としての 実務経験年数	年 月 日 <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時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してください。

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 実務者養成研修担当  
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	
-----	--	-----	--	------------	--	------	--