

介護福祉士実務者研修課程（通信）申込書

申込日： 令和 年 月 日

ルリ総合学園 宛

私は、介護福祉士実務者研修 課程(通信)に下記の内容にて
受講を申し込みます。

写真をはる位置

1. 縦 36～40 mm
横 24～30 mm
2. 本人単身胸から上
3. 裏面のりづけ

ご希望のコースに <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 火曜コース / <input type="checkbox"/> 土曜コース (定員数に満たない場合、火曜コース又は土曜コースに統一して実施する場合がございますので、あらかじめご了承ください。)		
住所	〒 ー ー 長崎県 ー 市		
フリガナ			
氏名	男・女	生年 月 日	年 月 日 (歳)
電話番号	ー ー (携帯電話) ー ー		
勤務先	名称: 所在地: TEL:		
所持資格 (該当に○)	1.無資格者 2.訪問介護員3級 3.訪問介護員2級 4.訪問介護員1級 5.介護職員基礎研修 6.認知症実践者 7.喀痰吸引等研修修了者 8.介護職員初任者研修 9.その他()		
申込時の 提出書類	<input checked="" type="checkbox"/> お申し込み時に次の本人確認書類のいずれか1点をご提出下さい。(運転免許証の写し又は健康保険証の写し又はマイナンバーカードの写し又は住民票の写し) <input checked="" type="checkbox"/> 資格をお持ちの方は、資格者証のコピーを申込時にご提出ください。		
介護職員としての実務経験の状況	<input type="checkbox"/> 介護事業所に従事した期間： 年 月 日～ 年 月 日 (事業所名：) <input type="checkbox"/> 介護事業所に従事した期間：無し		
受講料の支払い方法	① 一括 ② 分割 (回数; a.2回・b.3回・c.4回・d.5回) (該当する回数に○)		
給付金等の利用(併用可)	<input type="checkbox"/> 利用なし <input type="checkbox"/> 実務者研修受講資金貸付 <input type="checkbox"/> 専門教育訓練給付金		
国家試験受験 予定の有無	<input type="checkbox"/> 次の国家試験を受験する <input type="checkbox"/> 受験する予定なし <input type="checkbox"/> 実務経験を満たした年に受験する→(年)に受験予定)		
(*受験対策) 全国統一模試 への同時申込	<input type="checkbox"/> 申込む:全国統一模試(別途6,000円/11月予定) <input type="checkbox"/> 申込まない		