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

写真をはる位置

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

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。

ご希望のコースに☑	□火曜コース　／　□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	〒　　－ 長崎県　　市		
フリガナ		生　年 月日 (西暦)	年　　月　　日 (　　歳)
氏　　名	男・女		
電話番号	－　　－　　（携帯電話）　　－　　－		
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	☑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） □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	□介護事業所に従事した期間：　　年　月　日～　　年　月　日 （事業所名：　　） □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○）		
給付金等の利用予定	□ 利用なし　□ 実務者研修受講資金貸付　□ 専門教育訓練給付金		
（＊受験対策）全国統一模試への同時申込	□ 申込む:全国統一模試（別途6,000円/11月予定） □ 申込まない		