

受講申込書

申込日： 令和 年 月 日

ルリ総合学園 宛

私は、下記の内容にて受講を申し込みます。

受講する講座名	<input type="checkbox"/> 初任者研修講座 <input type="checkbox"/> 実務者研修講座		
ご希望のコース	<input type="checkbox"/> 火曜コース / <input type="checkbox"/> 土曜コース (定員の関係で火曜コース又は土曜コースに統一する場合がございますので、あらかじめご了承ください) *初任者研修は土曜コースのみの募集となります		
住所	(〒 -) 長崎県 市		
フリガナ		生年月日	年 月 日
氏名	男・女	(和 暦)	(歳)
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	<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	<input type="checkbox"/> 一括 <input type="checkbox"/> 分割(回数; a.2回・b.3回・c.4回・d.5回 (該当回数に○))		
給付金等の利用予定	<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 <input type="checkbox"/> 一般教育訓練給付金(初任者研修のみ)		

写真をはる位置

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

※この申込書及び講座開催によって得た個人情報については、当法人の個人情報保護方針に従い厳重に管理すると共に、上記の目的のみに利用します。