

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、下記の内容にて介護福祉士実務者研修 課程（通信）の受講を申し込みます。

写真をはる位置

- 1.縦 36~40mm
横 24~30mm
- 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		
	□以下、確認しました（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 長崎県 市		
フリガナ		性別	生年月日
氏名		男・女	年 月 日 (歳)
電話番号	(携帯電話) ー ー	(Eメール)	@
勤務先	名称： 所在地： TEL：		
所持資格 (該当するものに○)	1. 無資格者 2. ヘルパー3級 3. ヘルパー2級 4. ヘルパー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 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 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 か月 (月現在) <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： 2回 3回 4回 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 (長崎県社会福祉協議会) <input type="checkbox"/> 専門実践教育訓練給付金 (ハローワーク)		
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)		
備考	*ウェブ学習あたりEメールアドレス必要となっておりますので 正確にご記入ください。		