

キャリア福祉カレッジ

受講申込日：令和 年 月 日

株式会社キャリア福祉カレッジ

〒761-0301 香川県高松市林町2217-15

受講申込書

香川産業頭脳化センタービル4F

TEL:087-813-9704 FAX:087-813-9705

受講 コース	<input type="checkbox"/> 介護職員初任者研修 高松教室 月コース 平日 土曜
	<input type="checkbox"/> 実務者研修 高松教室／善通寺教室／丸亀教室／三豊教室 月 コース 自宅学習(添削課題) (自宅学習方式を選定してください) <input type="checkbox"/> 添削課題集コース (紙印刷) / <input type="checkbox"/> e-ラーニング
	<input type="checkbox"/> 介護福祉士模擬試験 <input type="checkbox"/> 当校修了生 (予定者)
	<input type="checkbox"/> 介護福祉士直前対策2日間コース(無料希望者のみ) <input type="checkbox"/> 一般
	<input type="checkbox"/> ガイドヘルパー養成講座 月コース
	<input type="checkbox"/> 同行援護従業者養成研修 一般課程／応用課程 一般課程+応用課程
	<input type="checkbox"/> 福祉用具専門相談員養成講習 月コース

フリガナ		性別	生年	昭・平	年	月	日
受講者名	Ⓜ	男	月日				(満 歳)
住所	〒 - ※アパート・マンションの号室等もご記入ください						
電話番号		メール アドレス					
お支払方法	<input type="checkbox"/> 銀行口座振込 ※授業料のお振込みは「受講決定通知書」で案内させていただきます。 <input type="checkbox"/> 分割払いご希望の方は□ください。 <input type="checkbox"/> 法人宛請求書支払 事業所名 〒 ご住所 <input type="checkbox"/> テキストを事業所様へ発送の場合は□ください。(□ない場合は受講者様宛) <input type="checkbox"/> 人材開発助成金申請の事業所様は□ください。						
職業	1. 介護職員 2. 会社員 3. パート/アルバイト 4. 主婦 5. 学生 6. その他						
就職支援	希望する／希望しない (希望される方はいつ頃；)						
助成金	初任者研修受講の方 <input type="checkbox"/> 一般教育訓練給付金 実務者研修受講の方 <input type="checkbox"/> 専門実践教育訓練給付金 <input type="checkbox"/> 香川県介護福祉士実務者研修受講資金貸付 ※併用の申請はできません。						
添付書類	※『実務者研修』『ガイドヘルパー養成講座』を受講の方で下記有資格者の方は該当するものに□を入れてお申込時又はスクーリング初日に修了証明書の写しをご提出ください。 <input type="checkbox"/> 介護職員初任者研修 <input type="checkbox"/> 訪問介護2級 <input type="checkbox"/> 訪問介護1級 <input type="checkbox"/> 介護職員基礎研修 <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 看護師・准看護師又は保健師 <input type="checkbox"/> その他						

※上記内容で知り得た個人情報、当校管理業務の目的以外で使用しません。

当校 記入欄	入金確認	テキスト発送	受講決定通知書	その他
-----------	------	--------	---------	-----