

キャリア福祉カレッジ 受講申込書

受講申込日：令和 年 月 日

ホームページからのお申込み

ガイドヘルパー養成講座(全身性コース)



ホームページからのお申込み

同行援護従業者養成研修



| | |
|-----------|--|
| 受講 コース | <input type="checkbox"/> ガイドヘルパー養成講座(全身性コース) 9月コース |
| | <input type="checkbox"/> 同行援護従業者養成研修 一般課程(選択) 5月コース/10月コース |
| | <input type="checkbox"/> 同行援護従業者養成研修 一般課程(5月コース/10月コース)+応用課程 |
| | <input type="checkbox"/> 同行援護従業者養成研修 応用課程 |

| | | | | | |
|--------------|---|--|--------------|----------|-----------------------|
| フリガナ 受講者名 | | | 性別 男 女 | 生年 月日 | 昭・平 年 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"/> 個人銀行口座振込 ※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"/> 法人宛請求書支払 ①事業所名 ②ご住所 〒 ③ご担当者 | | | | |
| 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;) | | | | |
| 修了生割引 | 当校にて <input type="checkbox"/> 介護職員初任者研修 <input type="checkbox"/> 介護福祉士実務者研修 修了している | | | | |
| 添付書類 | ※『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 |
|-----------|------|--------|---------|-----|