

# 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) 11月 コース
	<input type="checkbox"/> 同行援護従業者養成研 (選択) 一般課程/応用課程 一般課程+応用課程 (選択) 一般課程 5月コース/9月コース

フリガナ				性別	生年	昭・平	年	月	日
受講者名	Ⓜ	男	月日						
		女				(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
-----------	------	--------	---------	-----