

※整理番号

学校法人 さわらび学園

年 月 日

中部福祉保育医療専門学校 殿

## 介護職員初任者研修課程 ( 月 コース) 受講申込書

下記により、介護職員初任者研修課程 ( 月 コース) の受講を申し込みます。

|                          |               |   |          |   |                                                       |   |   |  |                                                       |
|--------------------------|---------------|---|----------|---|-------------------------------------------------------|---|---|--|-------------------------------------------------------|
| フリガナ                     |               |   |          |   |                                                       |   | 印 |  | 顔写真<br>(縦4.5cm×横3.5cm)<br>撮影3ヶ月以内<br>脱帽<br>写真裏面に氏名を記入 |
| 氏 名                      | (姓)           |   | (名)      |   |                                                       |   |   |  |                                                       |
| 生年月日                     | 西暦            | 年 | 昭和<br>平成 | 年 | 月                                                     | 日 |   |  |                                                       |
| 申込み時の<br>満 年 齢           | (満 歳)         |   | 性 別      |   | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 |   |   |  |                                                       |
| 郵便番号                     | 〒             |   |          |   |                                                       |   |   |  |                                                       |
| フリガナ                     |               |   |          |   |                                                       |   |   |  |                                                       |
| 現住所                      | 都 道<br>府 県    |   |          |   |                                                       |   |   |  |                                                       |
| E-メール<br>アドレス            | @             |   |          |   |                                                       |   |   |  |                                                       |
| 電話番号<br>(自 宅)            |               |   |          |   | 携帯電話番号                                                |   |   |  |                                                       |
| 希望研修<br>実施期日             | 年 月 日 ~ 年 月 日 |   |          |   |                                                       |   |   |  |                                                       |
| 勤務先名<br>(在学中の場<br>合は学校名) | 法人名<br>(会社名)  |   |          |   | 勤務先名<br>(施設名)                                         |   |   |  |                                                       |
|                          | 〒 住所          |   |          |   |                                                       |   |   |  |                                                       |
|                          | 電話番号          |   |          |   |                                                       |   |   |  |                                                       |

履歴書

| 年 | 月日 | 学歴   |
|---|----|------|
|   |    | 中学卒業 |
|   |    | 高校卒業 |
|   |    |      |
|   |    |      |
|   |    |      |

| 年 | 月日 | 職歴 |
|---|----|----|
|   |    |    |
|   |    |    |
|   |    |    |
|   |    |    |
|   |    |    |

<受講申込みに必要な添付書類>

1. 受講申込書 (この用紙) 1部
2. 身分証明書 (免許証・健康保険証などのコピー) 1部
3. 既修得の資格証のコピー (既修得の資格がある方) 1部
4. 受講料振込控え等のコピー 1部

※受講申込書に添付する必要書類はすべてA4用紙にコピーしてください。

5. 受講料 52,000円

振り込み先

銀行の窓口・ATMから、下記の振込口座へお振込みください。

| 銀行名    | 支店名  | 預金種別 | 口座番号    | 口座名義カナ                       |
|--------|------|------|---------|------------------------------|
| 豊橋信用金庫 | 豊川支店 | 普通預金 | 1186256 | ガク) サワラビガクエン<br>リジチヨウヤマモトサコン |

※振込時の名義は申込者本人の名義 (お名前) として下さい。

振込手数料は申込者負担として下さい。

振込後、受領証、利用明細等はA4用紙へのコピーが必要です。

振込後、申し込み締め切りを過ぎますと原則返金不可となりますのでご了承下さい。

5. 受講決定通知書等送付用封筒

(長形3号に84円切手を貼付、ご自身の郵便番号・住所・氏名をご記入ください。)

〔書類送付先〕

〒442-0081 豊川市馬場町上石畑61番地

中部福祉保育医療専門学校 介護職員初任者研修 宛