

整理番号

## 名瀬徳洲会病院 介護福祉士養成実務者研修（通信課程） 受講申込書

記入日	令和 年 月 日			写真貼付欄 3cm×4cm		
フリガナ			印			※性別
氏名						
生年月日	年 月 日		年齢			満 歳
住所	〒 ー					
電話番号	自宅			携帯		
最終学歴						
勤務先	事業所名			介護職 従事年数		
	住所					

※開催月は 5月・6月です

希望 受講開始月	第一希望	第二希望	課題の提出方法	( ) eラーニング ( ) 郵送にて提出
	月	月		

※未成年の方のお申込みには、保護者の同意が必要です

介護福祉士養成実務者研修の受講申込に、同意致します。

(保護者名) \_\_\_\_\_ 印

備考

※「性別」欄：記載は任意です。未記入とすることも可能です。