

受講申込用紙

受付用FAX:0765-56-8308

【受講希望者】

受講申込日 令和 年 月 日

(フリガナ) 氏名	()	生年月日 (年齢)	西暦 年 月 日 (満 歳)
		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
住所	〒		
電話番号	固定電話:	FAX	FAX 番号:
	携帯電話:	E-mail (メール)	@
お勤め先			
お勤め先 住所	〒		
事務局からの 連絡方法	ご都合の良い方法を選択してください(複数選択可) <input type="checkbox"/> 固定電話 <input type="checkbox"/> 携帯電話 <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> メール (E-mail、ショートメールなど)		
介護職実務 経験年月数	※1受講申し込み時点 年 カ月 (介護職に就いていた延べ年月数)		
取得済資格	<input type="checkbox"/> 訪問介護員(ホームヘルパー)2級 <input type="checkbox"/> 訪問介護員(ホームヘルパー)1級 <input type="checkbox"/> 介護職員初任者研修修了者 <input type="checkbox"/> 介護職員基礎研修修了者 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引等研修1号・2号 <input type="checkbox"/> 看護師資格 <input type="checkbox"/> 准看護師資格 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> なし		
ご希望コース	<input type="checkbox"/> 4月開講コース(日曜日開催コース) <input type="checkbox"/> 6月開講コース(水曜日開催コース)		
ご希望される 通信課程の 学習方法	<input type="checkbox"/> テキスト学習(紙媒体・マークシートによる学習方法にて郵便での課題提出) <input type="checkbox"/> WEB学習(e-ラーニングによるスマホ・パソコンでの学習方法) <input type="checkbox"/> 未だ決めていない		
介護福祉士国家試験受験予定	<input type="checkbox"/> 2025年1月に受験予定 <input type="checkbox"/> 2026年以降に受験予定(年頃) <input type="checkbox"/> 未だ決めていない		
受講料助成制度の活用	<input type="checkbox"/> 希望する() <input type="checkbox"/> 希望しない <input type="checkbox"/> 分からない ※1 当講座は厚労省教育訓練助成制度(ハローワーク申請助成制度)の指定講座ではありません ※2 新川圏域内(黒部市・入善町・朝日町)の介護サービス事業所に就労する方など一定の要件を満たした場合におきましては新川介護保険組合の受講料助成制度(受講料還付制度)をご活用いただけます		

※ FAX 受信後、1週間以内で事務局より申込受付のご連絡をさせていただきます。万が一に事務局からの連絡がない場合は誠にお手数をお掛けいたしますが、事務局(0765-56-8306)まで電話連絡をくださるようお願いいたします

※ 当講座を受講申し込みされた方の個人情報につきましては弊社にて厳重に管理させていただき弊社での事務手続き及びサービス提供等の目的以外には使用いたしません。その旨をご理解・同意いただいた上にて受講申込用紙をご記入くださるようお願いいたします