

# 介護福祉士実務者研修受講申込書（1）（西暦 年 月 日開講）

（申込日） 西暦 年 月 日

フリガナ		性別	写真貼付 縦4cm 横3cm 裏面に氏名記入
氏名		男 女	
生年月日	昭和 平成 西暦 年 月 日（ 歳）		
住所	（〒 - ） 自宅電話 - - 携帯電話 - -		
勤務先	（〒 - ） 電話 - -	※未成年者保護者記入欄 介護福祉士実務者研修受講に同意します。 氏名： 続柄：	
受講動機	<input type="checkbox"/> 福祉の仕事がしたい <input type="checkbox"/> 資格を取っておきたい <input type="checkbox"/> 将来家族を介護する時に役立てたい <input type="checkbox"/> その他（ ）		
受講料納付	<input type="checkbox"/> 一括払い <input type="checkbox"/> 2回分割払い <input type="checkbox"/> 3回分割払い 分割払い希望者には受講決定通知書にて各回のお支払額をお知らせします		
通学方法	<input type="checkbox"/> 自動車 <input type="checkbox"/> バイク <input type="checkbox"/> 公共交通機関 <input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 自転車		
実務経験	<input type="checkbox"/> 有（ 年間） <input type="checkbox"/> 無し 経験場所： <input type="checkbox"/> 施設介護 <input type="checkbox"/> 在宅介護 <input type="checkbox"/> 家族の介護 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
今回の講座をどのようにお知りになりましたか？			
<input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> 新聞折り込み <input type="checkbox"/> 知人 <input type="checkbox"/> 家族からの紹介 <input type="checkbox"/> その他（ ）			
修了後の就業意向について			
<input type="checkbox"/> 就業を希望する <input type="checkbox"/> 就業を希望しない <input type="checkbox"/> 他施設で就業中			

裏面につづく

**受講申込方法** ※定員を超えた場合は、受付順となります。

- 1、受講申込書に必要事項を記入して下さい。
  - 2、受講申込書を株式会社ラポールに郵送又は持参して下さい。
  - 3、書類審査後、受講可否を通知します。
  - 4、受講決定者は指定日までに受講料をお支払い下さい。お支払い確認後、受付完了となります。
- ※当法人で開催する介護福祉士実務者研修に際して提出頂いた個人情報厳正に管理し、本研修以外には使用しません。

## 事務処理欄

受付No	区分	受付日	受付者	入金日（確認者）	
	<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 職員  <input type="checkbox"/> 紹介 <input type="checkbox"/> 学生	（西暦） 年 月 日	㊟	（西暦）	年 月 日 ㊟
				（西暦）	年 月 日 ㊟
				（西暦）	年 月 日 ㊟

