



FAX 048-780-1060

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・ 年 月 日 (歳)		
住所	(〒 -) 自宅Tel - - 携帯Tel - -		
勤務先	(〒 -) 会社Tel - -	※未成年者は保護者記入欄 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 <input type="checkbox"/> 2回払い <input type="checkbox"/> 3回払い 1回目(西暦 年 月 日予定) 2回目(西暦 年 月 日予定) 3回目(西暦 年 月 日予定)		
通学方法	・自動車・バイク・公共交通機関・徒歩・自転車		
実務経験	有(年間)・無 経験場所→施設介護・在宅介護・家族の介護・その他()		
・今回の講座をどのようにお知りになりましたか? ホームページ・新聞折り込み 知人・家族からの紹介・その他()			
・修了後の就業意向について 就業を希望する・就業を希望しない・他施設で就業中			

※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。

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Fax・郵送又は持参して下さい。ホームページからも申込できます(写真は後日持参)。
- 3、書類審査後、受講者を決定および受講可否の通知します。
- 4、受講決定者は指定日までに受講料をお振込み下さい。振込完了後、受付完了となります。

事務処理欄

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



株式会社ラポール (介護付有料老人ホームらぽーる上尾)

介護福祉士実務者研修 受講申込書（2）

本人確認書類及び受講料振込明細を必ず貼付して下さい

<p><本人確認資料></p> <ul style="list-style-type: none">①住民票②住民基本台帳カード③個人番号カード④在留カード⑤健康保険証⑥運転免許証⑦パスポート⑧国家資格等の免許証又は登録証 <p>上記いずれかのコピーを貼付</p> <p><所有資格確認資料> 所有資格証書のコピー（無資格者を除く）</p>	<p>受講料振込時の領収証 又は、ご利用明細書のコピーを貼付</p> <p><受講料振込先> 金融機関 群馬銀行 上尾支店 口座番号 普通預金 0136226 口座名義 株式会社ラポール</p> <p>※振込手数料はご負担下さい ※振込依頼書をもって領収書に代えさせて 頂きます。領収書の再発行は出来かね ますので、予めご了承ください。</p>
---	---

[事務局記入欄]

本人確認書類

- ①住民票
- ②住民基本台帳カード
- ③個人番号カード
- ④在留カード
- ⑤健康保険証
- ⑥運転免許証
- ⑦パスポート
- ⑧国家資格等の免許証又は登録証

確認者印

--

受講番号		修了番号	
------	--	------	--

お申し込みの方は受講料をお振込後、お振込時の明細書を貼付の上、本申込書を郵送して下さい。

〒362-0051 埼玉県上尾市地頭方422



株式会社ラポール（介護付有料老人ホームらぽーる上尾）

電話 048-780-1065

Fax 048-780-1060

メール school@rapport-ageo.co.jp