

介護育成サポートセンター お申込書

住所：〒918-8112 福井県福井市下馬 3 丁目 606 番 3 TEL：0776-36-6500 FAX：0776-36-6502

①受講者情報記入

フリガナ		性別	生年月日
受講生氏名		男・女	西暦 年 月 日 (歳)
受講生住所	〒		
電話番号	固定 携帯	mail	@ <small>※自宅学習に Web を使用する方は必ずご記入ください</small>
保有資格状況	<input type="checkbox"/> 介護職員基礎研修 (2013 年 3 月で廃止) <input type="checkbox"/> 喀痰吸引等研修 <input type="checkbox"/> 介護職員初任者研修 <input type="checkbox"/> 認知症介護実践者研修 <input type="checkbox"/> 訪問介護員養成研修 1 級 (2013 年 3 月で廃止) <input type="checkbox"/> 訪問介護員養成研修 2 級 (2013 年 3 月で廃止) <input type="checkbox"/> 訪問介護員養成研修 3 級 (2013 年 3 月で廃止) <small>※介護、認知症に関する「基礎研修」「基礎講座」は実務者研修とは無関係です。</small>		
介護実務経験	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (年 ヵ月) ※申込日の状況で記入してください。		
自宅学習方法	<input type="checkbox"/> Web 使用 ※インターネット環境は自身でご用意ください。 <input type="checkbox"/> 郵送		

②申込者情報記入 ※上記受講者と異なる場合のみ、ご記入ください。

フリガナ		受講生との関係	
お申込者氏名 (法人名)		1 親族(続柄)	2 所属法人
お申込者住所	〒		
電話番号		FAX	
mail	@		

③教材送付先 ※上記受講者住所と異なる場合のみ、ご記入ください。

フリガナ		受講生との関係	
宛先名		1 親族(続柄)	2 所属法人
送付先住所	〒		
		3 その他 ()	

④スクーリング・医療的ケア演習の通学(予定) ※複数利用の場合は複数選択してください。

通学方法	<input type="checkbox"/> 徒歩のみ <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> 車 <input type="checkbox"/> 電車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> 送り迎え <input type="checkbox"/> その他 ()
------	--

⑤緊急連絡先記入 ※受講者が未成年の場合は、保護者の情報を必ずご記入ください。

フリガナ		受講生との関係	
緊急連絡者氏名 (法人名)		1 親族(続柄)	2 所属法人
電話番号		FAX	
		3 その他 ()	

※申込確認後、資料を送付させていただきます。

介護育成サポートセンター 記入欄 到着日 年 月 日 受付者 No