

創造会ケアカレッジ 介護福祉士実務者研修 受講申込書

フリガナ		生年月日	年齢		歳
氏名	印		昭和 平成	年	月
住所	〒 - * 通信課題や案内等を確実に受け取ることができる現住所を記入してください * 番地、マンション名等も正確に記入してください				
電話番号	-	メールアドレス (携帯可)			
携帯番号	-				
勤務先住所	〒 -	電話番号	-	-	
		勤務先名称			
保有資格 * 該当に○		介護資格をお持ちでない方	ヘルパー 2級		
		介護職員初任者研修	ヘルパー 3級		
		ヘルパー 1級	介護職員基礎研修		
受講コース 選択	<input type="checkbox"/> 2023年(令和5年)1月開講コース <input type="checkbox"/> 2023年(令和5年)3月開講コース <input type="checkbox"/> 2023年(令和5年)5月開講コース <input type="checkbox"/> 2023年(令和5年)7月開講コース <input type="checkbox"/> eラーニングコース <input type="checkbox"/> 郵送コース (eラーニングコース又は 郵送コースを選んでください)				
ご希望期と ご希望コースを 選択して ください					
介護福祉士国家試験について	(1) 将来介護福祉士国家試験を受験しますか <input type="checkbox"/> 受験する <input type="checkbox"/> 受験しない (2) (1)で受験すると答えた方へは、受験時期はいつの予定ですか <input type="checkbox"/> 2023年1月受験 <input type="checkbox"/> 2024年1月受験 <input type="checkbox"/> 2025年1月受験以降				

【申込書と同封するもの】

- ① 保有資格証のコピー
- ② 本人確認ができる公的な書類のコピー                                      **(下記のいずれか1つ)**  
 (書類例) ・運転免許証 ・マイナンバーカード(個人番号を隠して印刷) ・パスポート ・住民票  
 \* 本人の氏名、生年月日、住所がわかるもの
- ③ 返信用封筒一通分(角型2号・140円切手貼付 ・受講者住所氏名記入)

【郵送先】

〒270-1101 千葉県我孫子市布佐 834-28

医療法人社団 創造会ケアカレッジ

担当/平、岩崎

ケアカレッジ 記入欄	受付日	本人確認 書類	資格証	受講番号	決定通知 送付	振込み 確認	通信課題 送付日