

(様式1)

学校法人 東洋学園 宮崎医療管理専門学校
介護福祉士実務者研修

受講申込書

以下の全ての項目を黒のボールペン等消えないもので記入してください。
(選択肢がある項目については、該当する□にレ点を付けてください。)

記入日	平成 年 月 日	入学希望回	平成30年度(第1・第2)回	
フリガナ		印	性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
氏名	(姓)	(名)		
生年月日	(昭和・平成) 年 月 日生	年齢	歳	
フリガナ				
受講者住所	〒 ー			
電話番号	(自宅) ー ー	(携帯)	ー ー	
科目免除に関わる資格等	<input type="checkbox"/> 介護職員初任者研修修了者 <input type="checkbox"/> 訪問介護員養成2級課程修了者 ※修了証のコピーを必ず添付してください。			
介護業務経験年数	年 ヶ月	介護福祉士の受験	第 回(平成 年)	
勤務先	(名称)			
	(住所) 〒 ー			
	(電話) ー ー	(FAX)	ー ー	
保護者氏名 (続柄) 保護者住所 電話番号 ※入学希望者が20歳未満の場合記入	保護者氏名 (続柄) 保護者住所 電話番号 () ー			

研修機関記入欄	整理番号		決定・不決定
---------	------	--	--------