

令和4年度 宮崎医療管理専門学校介護福祉士実務者研修(通信課程)

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。

記入日	令和 年 月 日			
受講希望回	<input type="checkbox"/> 第1回 4/1～ 9/30 <input type="checkbox"/> 第2回 5/1～10/31 <input type="checkbox"/> 第3回 6/1～11/30 <input type="checkbox"/> 第4回 7/1～12/31 <input type="checkbox"/> 第5回 10/1～ 3/31			
フリガナ			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	〒 —			
電話番号	(自宅) — —	(携帯)	— —	
携帯メールアドレス	@			
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 ※該当する方は□にチェックを入れ、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 月	介護福祉士の受 験	第 回(年)	
勤務先	(名称)			
	(住所) 〒 —			
	(電話)	— —	(FAX)	— —
保護者氏名 (続柄)		保護者氏名 (続柄)		
保護者住所 電話番号		保護者住所		
※受講希望者が20歳未満の場合記入		電話番号 () —		

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