



## 介護福祉士実務者研修 受講申込書

令和 年 月 日

ふりがな 名前			男・女	証明写真 縦 4 cm・横 3 cm
生年月日	西暦 年 月 日			※単身、胸から上直 近 3 ヶ月以内に撮影 のもの
連絡先	住所	〒 ー 熊本県		
	電話番号	自宅 ( ) ー 携帯 ー ー		
資格 ○で囲む	資格なし ・ 初任者研修 ・ 訪問介護 2 級 ・ 訪問介護 1 級 介護職員基礎研修			
通学手段 ○で囲む	車 ・ 電車 ・ バス ・ バイク (原付含む) ・ 自転車 ・ 徒歩			
受講理由				
お申込みの きっかけ 複数可	法人ホームページ ・ 口コミ ・ 折込広告等 ・ 知人の紹介 その他 ( )			

※本人と確認できるもの（運転免許証・健康保険証等）のコピーを添付お願いします。

医療法人社団 金森会 実務者研修担当 宛  
 熊本県宇土市本町 6 丁目 7 番地  
 TEL : (0964) 23-5211  
 FAX : (0964) 23-5764

### 事務局記載欄

受付日		受付者		本人確認 書類		・ 受講決定 ・ 否決
-----	--	-----	--	------------	--	----------------