

# 受講申込書

介護職員初任者研修講座 に申し込みます

申し込み日

年

月

日

介護福祉士実務者研修講座 に申し込みます

フリガナ			
氏名			
生年月日	昭和 平成	年	年齢
			歳
住所	(〒 - )		
携帯電話		自宅電話	
メールアドレス			
緊急連絡先	氏名	(続柄)	電話番号

写真添付  
縦36~40mm  
横24~30mm

職歴	勤務期間	年	ヶ月
	勤務期間	年	ヶ月
	勤務期間	年	ヶ月

資格	お持ちの資格に○をしてください			
	無資格 ・ 介護職員初任者研修 ・ ヘルパー2級 ・ ヘルパー1級 ・ 介護職員基礎研修			
	その他	取得	年	月
		取得	年	月
取得		年	月	

## 誓約書

株式会社 福祉人 殿

私は、本講座を受講するにあたり受講規則を遵守致します。

万一、違背した場合は、いかなる処分に対しても異議を申し立てないことを誓約いたします。

氏名

印

受講者証作成・修了証作成・緊急連絡時にのみ使用し、その他には一切使用致しません。

この個人情報は個人情報法に沿って厳しく管理、保護致します。

また、本人の断りなく第三者へ提供することはありません。

株式会社 福祉人 総合福祉スクールころ  
〒822-0027 福岡県直方市古町10番13号  
TEL:0949-52-7743 FAX:0949-52-7745

申込FAX 0949-52-7745

受講が決定いたしましたら、申込書原本を提出していただきます