

介護福祉士実務者研修 受講申込書

お申込日 平成 年 月 日

※記入漏れのないようにお願いします。

受講番号			
ふりがな		生年月日	昭和／平成 年 月 日
氏名		性別 ○で囲む	男 ・ 女
ふりがな			
住所			
連絡先	電話番号	— —	携帯電話 — —
所属先施設・事業所名			
事業所名			
所在地			
勤務先電話番号	— —		
既得資格 ※必ずご記入ください。	介護職員初任者研修課程修了／訪問介護員1級修了／訪問介護員2級修了 ／訪問介護員3級修了／介護職員基礎研修修了 (取得済みの資格を○で囲む)		
介護職員としての 実務経験の状況	介護に従事した期間	所属施設・事業所名	現に就労した日数
	介護実務経験		年 月 日
救命講習 受講履歴	前回受講 平成 年 月 日		
※医療的ケアのスクーリングの際、救命講習の授業も行います、救命講習を受講したことがある方は受講履歴をご記入ください。			

○お申し込み方法

- ・太枠内にご記入のうえ、FAXまたは社会福祉法人共生会までご郵送ください。
- ・既得資格がある方は、修了証等の写しを受講申込書へ添付しお申込み下さい。



お申し込み・お問合せ先

社会福祉法人 共生会 サンパレス 担当 大沢

〒028-6103 二戸市石切所字森合92-1

TEL0195-25-5222 FAX0195-22-3010

HP <http://www.3palace.com/>