

埼玉介護アカデミー介護福祉士実務者研修（通信課程）

# 受講申込書

|       |   |
|-------|---|
| 申込日   | _____年_____月_____日  |
| コース   | _____年_____月 <input type="checkbox"/> 日曜 <input type="checkbox"/> 土曜 コース                        |
| 支払い方法 | <input type="checkbox"/> 一括 <input type="checkbox"/> 分割払い（2回） <input type="checkbox"/> 分割払い（3回） |

|      |                          |     |
|------|--------------------------|-----|
| フリガナ |                          | 性別  |
| 氏名   | _____                    | 男・女 |
|      | 氏名は正しく楷書で記入下さい。          |     |
| 生年月日 | 昭和・平成 _____年_____月_____日 | 年齢  |
|      |                          | 歳   |

|         |   |  |    |
|---------|---|--|----|
| 住所      | 〒   |  |    |
| 連絡先     | TEL<br>FAX  |  | 携帯 |
| メールアドレス | _____@_____   |  |    |
| 保有資格    | <input type="checkbox"/> 資格なし <input type="checkbox"/> ヘルパー3級 <input type="checkbox"/> 介護職員初任者研修<br><input type="checkbox"/> ヘルパー2級 <input type="checkbox"/> ヘルパー1級 <input type="checkbox"/> 介護職員基礎研修<br>必須：上記資格を保有している方は本申込書に資格証のコピーを添付願います。 |  |    |
| 現在の職業   | <input type="checkbox"/> 介護職員 <input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> 学生<br><input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）  |  |    |

**FAX 0480-48-6952（24時間受付）**